



HAL
open science

La place du pharmacien dans l'accès des personnes migrantes en situation de grande précarité en France

Manon Lugand-Lopez

► **To cite this version:**

Manon Lugand-Lopez. La place du pharmacien dans l'accès des personnes migrantes en situation de grande précarité en France. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03213930

HAL Id: dumas-03213930

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213930v1>

Submitted on 30 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2020

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 29 mai 2020

par

Manon LUGAND-LOPEZ

Né(e) le 27/07/1992 à ROUEN

La place du pharmacien dans l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité en France.

Présidente du jury : *Mme CONCE-CHEMTOB, Marie-Catherine, Maître de conférences HDR Législation pharmaceutique*

Membres du jury : *Mme GUERARD-DETUNCQ, Cécile, Docteur en pharmacie, Professeur associé,*

M. GARGALA, Gilles, Maître de conférences, Praticien Hospitalier,

Mme PRIETO, Agathe, Docteur en pharmacie, Pharmacienne d'officine,

Mme FALQUY, Oriane, Pharmacienne humanitaire.

Remerciements

Je remercie ma Directrice de thèse, Mme Concé-Chemtob, Maître de conférences HDR Législation pharmaceutique qui m'a encouragée à rédiger cette thèse sur un sujet certes peu commun, mais qui me tient à cœur. Grâce à son aide et ses précieux conseils, j'ai pu concrétiser cette thèse qui représente l'aboutissement de plusieurs années d'études.

Je remercie ma précieuse famille pour m'avoir soutenue après leur avoir annoncé qu'au bout de sept longues années d'études en pharmacie je continuai finalement l'aventure dans une nouvelle voie, l'humanitaire. Merci à ma mère qui, tout au long de cette thèse, n'a cessé de me rappeler qu'elle était fière de moi. Merci à mon père, de m'avoir encouragée.

Je remercie également Élixa, ma conjointe, dont la force et le soutien m'ont aidée à finaliser ce travail. Merci de m'avoir encouragée et accompagnée durant cette période de rédaction.

Je remercie l'équipe de l'Institut des Relations Internationales et Stratégiques Supérieure pour l'année scolaire passée qui fut très riche en enseignements et qui m'a faite grandir intellectuellement et professionnellement.

Je remercie Oriane Falquy, camarade devenue une sincère amie au cours de l'année que nous avons passée ensemble à l'Institut des Relations Internationales et Stratégiques Supérieure. Merci pour ton soutien et ton humour qui m'a bien souvent redonné le sourire durant la rédaction de cette thèse.

Je remercie particulièrement l'équipe de l'association ADSF – Agir pour le Développement de la Santé des Femmes pour toute l'aide qu'elle apporte aux femmes en situation de grande précarité. Merci à Mareme et Léna, des collègues, des amies, avec qui j'ai eu la chance de participer à cette belle aventure où humanité et dignité ont été les maîtres mots.

Enfin merci à mes amis, Francesca, Amélia, Jerry, Agathe, Lisa, Philine, Julie, Gaël, Amélie, Sofiane, Arsen, Dimitri, Chloé, Hélène pour leur soutien.

**« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen
n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises
dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESEURS :

Professeur Loïc FAVENNEC

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO-MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique

Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

LISTE DES FIGURES.....	15
ABREVIATIONS.....	18
INTRODUCTION.....	21
CHAPITRE 1 : L'ETAT DE SANTE DES MIGRANTS EN FRANCE	24
1.1. LA SITUATION MIGRATOIRE ACTUELLE EN FRANCE	27
1.1.1. <i>La situation migratoire dans le Monde</i>	<i>27</i>
1.1.2. <i>La situation migratoire en France.....</i>	<i>28</i>
1.1.3. <i>La situation en matière de Santé mondiale.....</i>	<i>32</i>
1.2. QUELQUES ELEMENTS CLES SUR LE DROIT D'ASILE EN FRANCE.....	35
1.3. L'ETAT DE SANTE DES MIGRANTS EN FRANCE : ANALYSE DE 2 ETUDES REALISEES PAR MEDECINS DU MONDE ET LE COMEDE.....	40
1.3.1. <i>Analyse d'étude n°1 : État de santé des personnes accueillies dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde en 2017</i>	<i>43</i>
1.3.2. <i>Analyse d'étude n°2 : État de santé des personnes ayant effectué le bilan de santé du COMEDE entre 2007 et 2013.....</i>	<i>48</i>
1.3.3. <i>Focus inégalités en santé femmes-hommes et appui d'une étude sur l'état de santé des femmes.....</i>	<i>51</i>
CHAPITRE 2 : LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE EN FRANCE.....	62
2.1. REGLEMENTATION ET DROITS A LA SANTE DES MIGRANTS EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE EN FRANCE	62
2.1.1. <i>Histoire de l'Aide Médicale d'État et de la PUMA</i>	<i>63</i>
2.1.2. <i>Les droits en santé des personnes migrantes en situation irrégulière ou « sans-papiers » : la prestation sociale d'Aide Médicale d'État (AME)</i>	<i>66</i>
2.1.3. <i>Les droits en santé des personnes migrantes en situation régulière : La Protection Universelle Maladie (PUMA) et la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).....</i>	<i>74</i>
2.2. PRINCIPAUX OBSTACLES D'ACCES AUX SOINS : RENONCEMENT AUX SOINS ET REFUS DE SOINS	87
2.2.1. <i>Renoncement aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité : hébergement, domiciliation, barrière de la langue</i>	<i>90</i>
2.2.2. <i>AME, PUMA, CSS : un accès différencié aux soins</i>	<i>98</i>
2.2.3. <i>Des difficultés de prises en charge du public migrant en situation de grande précarité par les professionnels de santé.....</i>	<i>99</i>

2.3.	CONSEQUENCES ET ENJEUX DE CES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS	106
2.3.1.	<i>Dégradation du « bien-être » : de l'état de santé mentale, physique et sociale.....</i>	106
2.3.2.	<i>Les nouvelles maladies émergentes chez les personnes migrantes</i>	109
CHAPITRE 3 : LA PLACE DU PHARMACIEN VERS UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS EN		
FRANCE.....		119
3.1.	UNE PROTECTION MALADIE PROTECTRICE, UNIVERSELLE ET ACCESSIBLE A TOUS.....	122
3.1.1.	<i>Vers une fusion de l'AME au sein du dispositif PUMA de la Sécurité sociale</i>	124
3.1.2.	<i>Vers une Couverture Santé Universelle :.....</i>	129
3.2.	DES DISPOSITIFS DESTINES A AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE .	133
3.2.1.	<i>Les dispositifs de « soins gratuits ».....</i>	133
3.2.2.	<i>Des modèles de prise en charge pluridisciplinaire.....</i>	138
3.2.3.	<i>Sensibilisation et formation des professionnels de santé.....</i>	141
3.3.	PROPOSITIONS RELATIVES A LA STRATEGIE DE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE S'INSCRIVANT DANS LE PROGRAMME « MA SANTE 2022 »	144
3.3.1.	<i>Prévention et promotion de la santé</i>	145
3.3.2.	<i>Mieux structurer l'Offre de Soins dans les territoires : les Pharmaciens au sein d'un collectif au service des patients.....</i>	153
3.3.3.	<i>Développer l'ambition numérique en santé</i>	155
CONCLUSION.....		158
ANNEXES.....		161
ANNEXE 1 : ATTRIBUTION DU HAUT-COMMISSAIRE DES NATIONS UNIES		161
ANNEXE 2 : ATTESTATION DE DEMANDE D'ASILE		163
ANNEXE 3 : LA PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW		164
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE MEDICALE DE L'ÉTAT		165
ANNEXE 5 : CARTE D'AME (EXEMPLE FOURNI PAR AMELI)		167
ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE DEMANDE D'AFFILIATION A L'ASSURANCE MALADIE		168
ANNEXE 7 : ATTESTATION DE DROITS A L'ASSURANCE MALADE		170
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		172

Liste des figures

Figure 1. Estimations de la population française en 2018 *d'après l'Insee*

Figure 2. Immigrés vivant en France en 2018 selon leur continent de naissance, *d'après Insee*

Figure 3. Immigrés et de demandeurs d'asile vivant en France et en Europe, *d'après Le Monde*

Figure 4. Flambées épidémiques au cours des années 2019-2020

Figure 5. Parcours ludique de la demande d'asile, *d'après Forum Réfugiés*

Figure 6. Prévalence des pathologies par appareil anatomique

Figure 7. Comparaison entre les droits en santé effectifs et théoriques des personnes rencontrées dans les CASO

Figure 8. Maladies graves retrouvées chez les personnes ayant effectué le bilan de santé entre par sexe et par régions

Figure 9. Taux de prévalence standardisés sur l'âge de certaines pathologies, *d'après la Cartographie des pathologies - Données SNIIRAM - PMSI, traitements CNAMTS*

Figure 10. Principaux pays d'origine des femmes rencontrées en 2018

Figure 11. Difficultés exprimées par les femmes rencontrées

Figure 12. Prévalence des problèmes de santé exprimés ou repérés des 927 femmes rencontrées par l'ADSF

Figure 13. Prévalence des problèmes de santé exprimés ou repérés des 927 femmes rencontrées par l'ADSF

Figure 14. Plafond de la complémentaire santé et de l'Aide médicale d'État *d'après le site du Gouvernement*

Figure 15. Exemple de carte d'admission à l'Aide Médicale d'État (AME)

Figure 16. Hébergement des femmes « sans domicile fixe »

Figure 17. Protection maladie des femmes rencontrées par l'ADSF

Figure 18. Exemple du remboursement d'une consultation chez le médecin traitant, *d'après le Site du Gouvernement*

Figure 19. Exemple du remboursement d'une consultation chez le médecin traitant, *d'après le Site du Gouvernement*

Figure 20. La complémentaire santé solidaire (CSS), *d'après le site d'AMELI*

Figure 21. Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les personnes reçues dans les CASO lors de leur première visite, *d'après Médecins du Monde*

Figure 22. Fonctionnement de la Cellule PFIDASS, *d'après AMELI*

Figure 23. Rôle de la plateforme PFIDASS, *d'après AMELI*

Figure 24. Répartition de pharmaciens et étudiants en pharmaciens ayant répondu au questionnaire

Figure 25. Répartition d'âge des personnes ayant répondu au questionnaire

Figure 26. Intérêt des pharmaciens pour la thématique de l'accès aux droits à la santé des migrants

Figure 28. Intérêt des pharmaciens pour la situation migratoire actuelle en France

Figure 29. Taux de pharmaciens ayant rencontré des difficultés administratives avec l'AME

Figure 30. Taux de pharmaciens favorables à ce que la carte d'AME soit une carte à puce

Figure 31. Objectifs du développement durable, *d'après l'OMS*

Figure 32. Taux de pharmaciens connaissant le dispositif PRAPS et les ASV

Figure 33. Taux de pharmaciens connaissant le dispositif PASS

Figure 34. Taux de pharmaciens ayant déjà participé à des actions de solidarité

Figure 35. Taux de pharmaciens favorable à la création d'une formation courte type « Droits à la santé des migrants en France »

Figure 36. Taux de pharmaciens favorable à la création d'un enseignement universitaire de 2-3h type « Droits à la santé des migrants en France »

Figure 37. Taux de pharmaciens favorable à effectuer leur service sanitaire dans une association de santé et de solidarités

Figure 38. Taux de pharmaciens souhaitant contribuer à aider les populations démunies en France

Figure 39. Taux de pharmaciens favorables à afficher des outils de communication réalisés par des associations de santé et de solidarité

Figure 40. Taux de pharmaciens souhaitant participer à des réunions interprofessionnelles et territoriales

Figure 41. Taux de pharmaciens favorable à la mise en place d'atelier annuel de dépistage du diabète

Figure 42. Taux de pharmaciens favorables au remboursement des préservatifs et stérilisation sans PMO

Figure 43. Taux de pharmaciens favorable à la réalisation de TROD VIH/VHC

Figure 44. Taux de pharmaciens favorable à la mise en place d'atelier annuel de dépistage des risques cardiovasculaires

Figure 45. Taux de pharmaciens souhaitant avoir accès des données biologiques des patients

Figure 46. Taux de pharmaciens favorable à la création d'un carnet vaccinal numérique

Abréviations

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ADA : Aide aux Demandeurs d'Asile

ADSF : Agir pour le Développement de la Santé des Femmes

AME : Aide Médicale d'État

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

CISP : Classification internationale des soins primaires

CLAT : Centre de lutte anti-tuberculeuse

CNDA Cour nationale du droit d'asile

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CSU : Couverture santé universelle

CNDA : Cours Nationale des Droits d'Asile

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la santé publique

CSS : Code de la Sécurité sociale

DTP : Diphtérie tétanos et poliomyélite

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP : Ecole des hautes études de santé publique

EMPP : Équipe mobile psychiatrie et précarité

HAS : Haute autorité de santé

HCR : Haut-commissariat aux réfugiés

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : Infections sexuellement transmissibles

MDM : Médecins du Monde

MIPEX : Migrant Integration Policy Index

ODD : Objectifs du développement durable

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OFII : Office de l'immigration et de l'intégration

OIM : Office international des migrations

ONG : Organisation non-gouvernementales

ONU : Organisation des Nations Unies

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

PRAPS : Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PUMa : Protection universelle maladie

ROR : Rougeole oreillons et rubéole

SPADA : Service de plateforme d'aide aux demandeurs d'asile

SDF : Sans domicile fixe

UE : Union européenne

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés

Introduction

Depuis toujours, l'humanité a été en mouvement. Certaines personnes se déplacent pour des raisons économiques, pour rejoindre leur famille ou étudier. D'autres, se déplacent pour fuir des conflits, des persécutions, le terrorisme ou des violations des droits de l'Homme. Le changement climatique et les catastrophes naturelles qui en découlent forcent plusieurs millions de personnes à se déplacer. De nos jours, il n'y a jamais eu autant de personnes vivant dans un autre pays que celui dans lequel elles sont nées. En 2019, le nombre de migrants dans le monde était d'environ 272 millions de personnes, soit 51 millions de plus qu'en 2010 mais la plupart d'entre eux se déplacent au sein de leur pays d'origine. Les déplacements forcés massifs de population constituent aujourd'hui une crise mondiale qui appelle une action collective de la part de la communauté internationale. Le nombre de réfugiés et demandeurs d'asile en France est en hausse rapide et constante. Les principales nationalités à déposer des demandes d'asile sont les Afghans, les Albanais, les Géorgiens, les Guinéens et les Ivoiriens.

L'exil, l'émigration, la violence et la torture engendrent chez l'être humain d'importants traumatismes dont le traitement suppose relation, reconnaissance et réparation. Pourtant, la France traverse une crise des politiques d'hospitalité et de solidarité qui font suite à de multiples mesures restrictives sur les conditions d'accès aux soins et les dispositifs d'accueil des migrants. L'état de santé des migrants se dégrade après leur arrivée en France, c'est ce que l'on appelle le « *Healthy migrant effect* » malgré que la France fasse partie des pays d'Europe où le dispositif d'accès aux soins des migrants en situation irrégulière est le plus généreux, c'est l'Aide Médicale d'État (AME). En effet, au cours de leur parcours de soins en France, les migrants en situation de grande précarité vont rencontrer plusieurs obstacles d'accès à la santé. Parmi ces obstacles, on retrouve la barrière de la langue et la barrière culturelle qui vont venir entraver la relation soignant-soigné. A cela s'ajoute la méconnaissance des droits en santé des migrants ainsi que la complexité des démarches administratives tant pour les migrants eux-mêmes que pour les professionnels de santé.

Les obstacles d'accès aux soins ainsi que l'exclusion, la précarité sociale et la précarité administrative dans lesquelles se trouvent les migrants aggravent leur état de santé.

La survenue et la sévérité de la maladie sont favorisées par ces multiples facteurs de vulnérabilité, au sein du pays d'origine des migrants, durant leur parcours d'exil et dans leur pays d'accueil. Tous ces phénomènes sont à l'origine d'une dégradation de l'état de santé des migrants après leur arrivée dans le pays d'accueil.

L'intérêt de ma recherche sur l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité s'explique par mon expérience professionnelle des deux dernières années. Lors de mes premières expériences en pharmacie d'officine, j'ai décidé de me spécialiser vers le métier de pharmacien humanitaire. C'est pourquoi, en 2018, j'ai intégré le master 2 « Gestion de projet humanitaire » de l'Institut des Relations Internationales et Stratégiques Supérieur dont le géopolitologue français Pascal Boniface est le fondateur et le directeur. Grâce aux modules de gestion de projet et de relations internationales, cette formation supplémentaire me permettra de rejoindre des associations médicales, telles que Médecins sans frontières ou Médecins du Monde, aux postes de référente pharmacie, de pharmacienne coordinatrice ou de coordinatrice médical. J'ai réalisé ce master en alternance avec l'association de santé ADSF – Agir pour le développement de la santé des femmes dont l'objectif global est d'améliorer l'accès aux soins des femmes migrantes en situation de grande précarité. Au cours de cette expérience, j'ai pu réaliser de nombreuses maraudes auprès de ce public et me rendre compte de la précarité dans laquelle vivait la grande majorité des personnes migrantes. A l'aide d'un camion équipé en matériel médical, nous allions à la rencontre des femmes en situation de grande précarité dans toute l'Île-de-France afin de leur proposer un entretien médico-psy, d'évaluer leurs besoins en santé et de les accompagner dans leur parcours de soins. Force est de constater que les personnes migrantes en situation de grande précarité sont plus vulnérables face à certaines pathologies, d'autant plus que leur parcours de soins est semé de nombreux obstacles et que leurs conditions de vie sont très difficiles. Au cours de cette expérience enrichissante, il m'a paru alors essentiel de traiter de ce sujet au cours de ma thèse en pharmacie afin de mettre en évidence les principaux obstacles d'accès aux soins que rencontrent les personnes migrantes ainsi que la place du pharmacien dans l'accès aux soins auprès de ce public en situation de grande précarité.

Cette thèse est articulée en trois chapitres. Le premier a pour objectif de clarifier le contexte dans lequel s'inscrit la thématique d'accès aux soins des personnes migrantes en situation de précarité. Ce chapitre se compose tout d'abord d'une mise en contexte ainsi que de quelques définitions en lien avec l'écosystème de la santé et de la migration. Ensuite suivra une analyse de trois états des lieux sur la santé des migrants en France. Le premier état des lieux a été réalisé en 2017 par l'association Médecins du Monde (MdM), le deuxième a été réalisé en 2015 par le Comité de la santé des exilés (COMEDE) et le troisième a été réalisé en 2018 par l'association de santé ADSF – Agir pour le développement de la santé des femmes.

Le second chapitre a pour objectif de mettre en évidence les inégalités d'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité, ses conséquences et les enjeux qui en découlent. Ce chapitre se compose tout d'abord d'une partie accès sur la réglementation en vigueur et les droits à la santé des migrants en situation de grande précarité en France. Puis dans la deuxième partie seront abordés les obstacles que rencontrent ce public au cours de leur parcours de soins. Enfin, les conséquences de ces inégalités sur l'état de santé des migrants seront évoquées en troisième partie.

Le dernier chapitre a pour objectif de mettre en évidence le rôle du pharmacien dans l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité. L'importance du rôle du pharmacien sera évoqué à travers plusieurs pistes d'améliorations des dispositifs actuels d'aide à l'accès aux soins. Afin d'appuyer le rôle du pharmacien dans l'accès aux soins pour toutes et pour tous, j'ai réalisé une enquête auprès de pharmaciens et d'étudiants en pharmacie sur la thématique de l'accès aux droits à la santé des migrants en France. La première partie de ce chapitre démontrera l'importance d'une protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes et à tous. La seconde partie dévoilera les principaux dispositifs destinés à améliorer la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. Enfin, la dernière partie révélera la stratégie de transformation du système de santé s'inscrivant dans le programme « *Ma santé 2022* » proposé par l'État et les politiques de santé publique ainsi que ses principales propositions pour l'amélioration de l'accès à des soins de qualité pour toutes et pour tous.

Chapitre 1 : L'état de santé des migrants en France

La population étudiée se compose des personnes migrantes en situation de grande précarité vivant actuellement sur le territoire français. Afin d'axer cette thèse uniquement sur les personnes en situation de grande précarité, seuls les **migrants « sans-papiers »** (en « situation irrégulière ») ainsi que les **migrants en cours de demande d'asile** ou **demandeurs d'asile** (en « situation régulière ») seront étudiés.

Voici quelques définitions proposées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)¹ afin d'éviter une certaine confusion sur les termes de migrants, immigrés ou étrangers, demandeurs d'asile, réfugiés et sans-papiers, ou encore « clandestins », reflétant par ailleurs la fragmentation du statut administratif des étrangers :

« Un **demandeur d'asile** est une personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève 1951.

Un **Étranger** est une personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques.

Le terme **d'Exilé** évoque le caractère contraint de la situation de migration et notamment ses aspects psychologiques.

Une **personne immigrée** est une personne née étrangère et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration utilisés pour le recensement démographique. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Un **Migrant**, au sens de migrant international, est une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient français de naissance ou immigrés.

Un **Réfugié** ou protégé subsidiaire est, au sens juridique, une personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire internationale accordé(e) par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ou la Cour nationale du droit d'asile (CNDA).

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Les **Ressortissants de pays tiers** proviennent de pays hors Union européenne mais membres de l'Espace économique européen ou de la Suisse.

Les **Sans-papiers** ou **clandestins** sont des étrangers en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime ou légitime de la présence de la personne. »²

Au vu du public cible choisi, les personnes migrantes en situation de grande précarité, voici quelques définitions qui permettent d'établir une relation directe entre droits fondamentaux, précarité, pauvreté ou grande pauvreté et exclusion.

Qu'est-ce que la précarité ?

La précarité ne se réduit pas à l'aspect financier, c'est un phénomène multidimensionnel. Selon le Conseil Économique, social et environnemental : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible* »³.

Selon l'Académie Nationale de Médecine⁴ « *La précarité est le défaut d'accès à un ou plusieurs des dispositifs qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins importante, avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir*

² Aina S., Veisse A. (2007), Repère sur la santé des migrants. *La Santé de l'homme*, 392, 21-24.

³ Wresinski J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel de la République française*, 6, 14-15.

⁴ <http://www.academie-medecine.fr/>

prévisible. Cette définition exprime la vulnérabilité, l'inquiétude et la perte de dignité de ces personnes qui basculent dans la précarité, la grande pauvreté qui s'ensuit étant définie de plus par des critères économiques et financiers. La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales) »⁵.

De plus, d'après l'Académie Nationale de Médecine, l'entrée en précarité est accentuée chez les personnes migrantes ou étrangères du fait de leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française ainsi que leurs origines.

Qu'est-ce que l'exclusion ?

Terme paradoxal. Le préfixe « ex » : hors de, devrait limiter aux individus qui, faisant partie d'un groupe en sont rejetés, alors que « *cludere* » signifie fermer et permet d'étendre la signification du mot également à l'interdiction et au rejet de ceux qui n'en font pas partie⁶. On considère ainsi comme exclues, les personnes ne possédant pas les mêmes droits ou ne pouvant pas participer aux mêmes activités que les autres (exemple : immigrés, handicapés)⁷. L'exclusion sociale est la marginalisation, la mise à l'écart d'une personne ou d'un groupe en raison d'un trop grand éloignement avec le mode de vie dominant dans la société. Ce processus peut être volontaire ou subi.

Les différentes terminologies expliquées ci-dessus montrent la complexité du sujet, il est alors important de le contextualiser. C'est pourquoi, on évoquera tout d'abord les différentes trajectoires des publics étudiés, puis le cadre juridique auquel ils peuvent être liés. Enfin, on s'intéressera à trois études concrètes relevant l'état de santé des migrants en France.

⁵ Alfred S. (2017). Précarité, pauvreté et santé. *Rapport de l'Académie Nationale de Médecine*. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Precarite-pauvrete-et-sante-version-21-juin-2017-apres-vote.pdf>, consulté le 10 décembre 2019.

⁶ Grawitz M. *Lexique des sciences sociales*. Paris, Dalloz, 1991.

⁷ Ibid.

1.1. La situation migratoire actuelle en France

Pour comprendre la situation migratoire en France, il est intéressant d'analyser les flux mondiaux d'êtres humains et de poser notre regard sur les personnes arrivées en France.

1.1.1. La situation migratoire dans le Monde

La situation migratoire en France résulte des mouvements humains notés à l'échelle planétaire. Les conflits et les violences actuelles en République centrafricaine (RCA), en République démocratique du Congo (RDC), au Myanmar (avec le peuple Rohingia), au Soudan du Sud, en Syrie et au Yémen ont entraîné des déplacements internes massifs au cours des deux dernières années. L'Observatoire des déplacements internes de l'Office International des Migrations souligne que 41,3 millions de personnes ont été contraintes de fuir leur domicile à la fin de 2018 – un triste record depuis le début de la surveillance en 1998.

Selon l'Office International des Migrations (OIM)⁸, il y a plus de 270 millions de migrants internationaux dans le Monde, dont plus de la moitié se situent en Europe et en Amérique du Nord. Selon le Département des Affaires Économiques et Sociales des Nations Unies (DAES)⁹, l'Europe était le continent accueillant le plus grand nombre de migrants internationaux en 2019 (82 millions). Elle est ensuite suivie de l'Amérique du Nord (59 millions), de l'Afrique du Nord et de l'Asie occidentale (49 millions). Environ la moitié des migrants internationaux résident dans seulement 10 pays, parmi eux les États-Unis qui en accueillent le plus grand nombre (51 millions), soit environ 19% du total mondial. L'Allemagne et l'Arabie saoudite accueillent les deuxième et troisième plus grand nombre d'immigrés (13 millions chacun), suivis de la Russie (12 millions), du Royaume-Uni (10 millions), des Émirats arabes unis (9 millions), de la France, du Canada et de l'Australie (environ 8 millions chacun) et de l'Italie (6 millions).

⁸ <https://www.iom.int/fr>

⁹ <https://www.un.org/development/desa/fr/>

En 2019, un tiers des migrants internationaux provient de dix pays seulement : l'Inde qui représentait 18 millions de personnes vivant à l'étranger, le Mexique qui constituait la deuxième plus grande « diaspora » dans le Monde (12 millions), suivis par la Chine (11 millions), la Russie (10 millions) et la Syrie (8 millions). Il est important de noter que la plupart des migrants internationaux se déplacent entre des pays situés dans la même région. La majorité des migrants internationaux en Afrique subsaharienne (89%), en Asie de l'Est et du Sud-Est (83%), en Amérique latine et aux Caraïbes (73%) et en Asie centrale et méridionale (63%) étaient originaires de la région où ils résident.

Les déplacements forcés à travers les frontières internationales continuent à augmenter. Entre 2010 et 2017, le nombre mondial de réfugiés et de demandeurs d'asile a augmenté d'environ 13 millions, soit près du quart de l'augmentation du nombre de migrants internationaux. C'est pourquoi, l'accès aux soins pour toutes et pour tous constitue un enjeu majeur de santé publique internationale.

1.1.2. La situation migratoire en France

Selon les estimations de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee)¹⁰, le nombre total de migrants présents sur le territoire français atteignait les 6,5 millions sur une population totale de 67 millions de personnes en 2018¹¹. Les migrants représentaient donc environ 9,7% de la population totale. Parmi eux, 2,4 millions (soit 37%) ont acquis la nationalité française donc la population étrangère vivant en France s'élevait à 4,8 millions de personnes. La population étrangère se compose de 4,1 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française (demandeurs d'asiles, bénéficiaires de la protection subsidiaire internationale ou d'un titre de séjour) et de 0,7 millions de personnes nées en France de nationalité étrangère. Attention cependant à ne pas confondre le nombre de personnes immigrées vivant en France (6,5 millions) et le nombre de personnes étrangères vivant en France (8,2 millions) qui compte en plus de la population immigrée (6,5 millions) les personnes nées françaises à l'étranger (1,7 millions). Au total, 8,2 millions de personnes vivant en France sont nées à l'étranger, soit 12,3 % de la population (*cf schéma détaillé ci-dessous*).

¹⁰ <https://www.insee.fr/>

¹¹ Insee, *Immigrés et étrangers*, 2012. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212> le 20 mars 2019

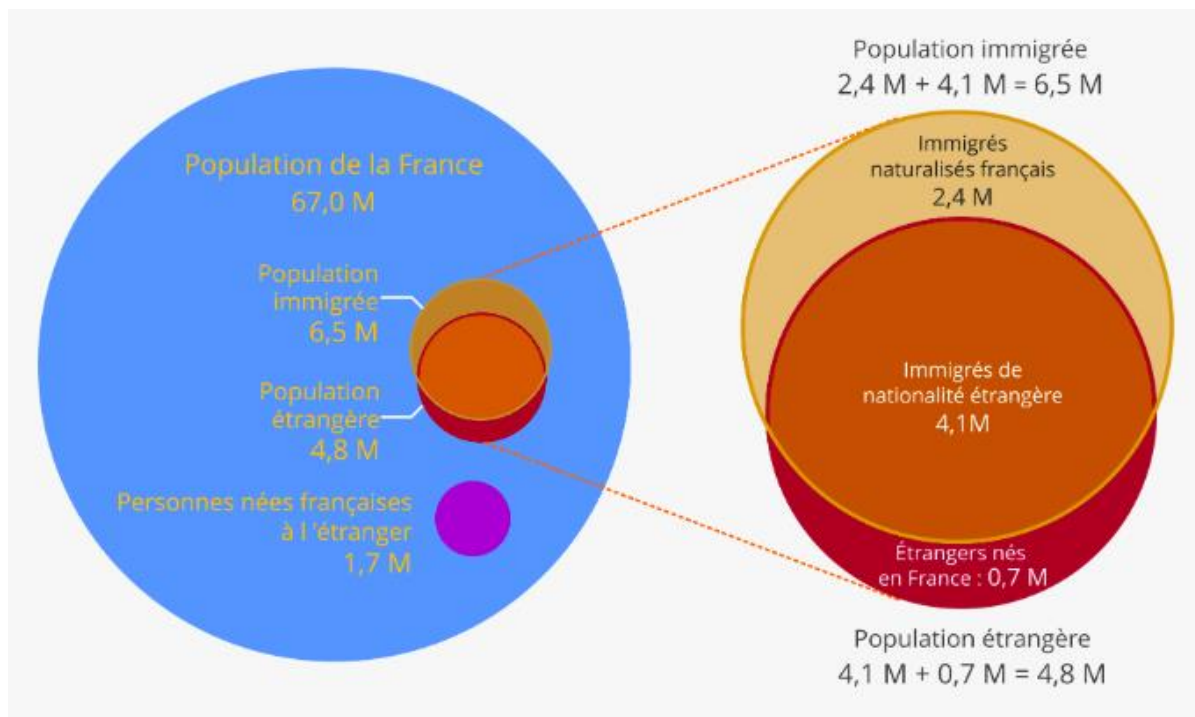


Figure 1. Estimations de la population française en 2018 *d'après l'Insee*¹²

Selon l'Insee, parmi les immigrés en France, il y a presque autant d'Européens (92 000) que d'Africains (96 000)¹³. Les autres personnes immigrées vivant en France sont principalement nées en Asie (46 000) puis en Amérique et Océanie (28 000). La majorité du flux d'immigrés qui arrivent chaque année en France (247 000 en 2017) provient donc de pays non-européens. Le graphique ci-dessous illustre ces données.

¹² Ibid.

¹³ Durand A. Combien y a-t-il d'immigrants et de demandeurs d'asile en France et en Europe ? *Le Monde*, mars 2019. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/03/20/combien-y-a-t-il-d-immigrants-et-de-demandeurs-d-asile-en-france-et-en-europe_5438852_4355770.html, consulté le 21 octobre 2019.

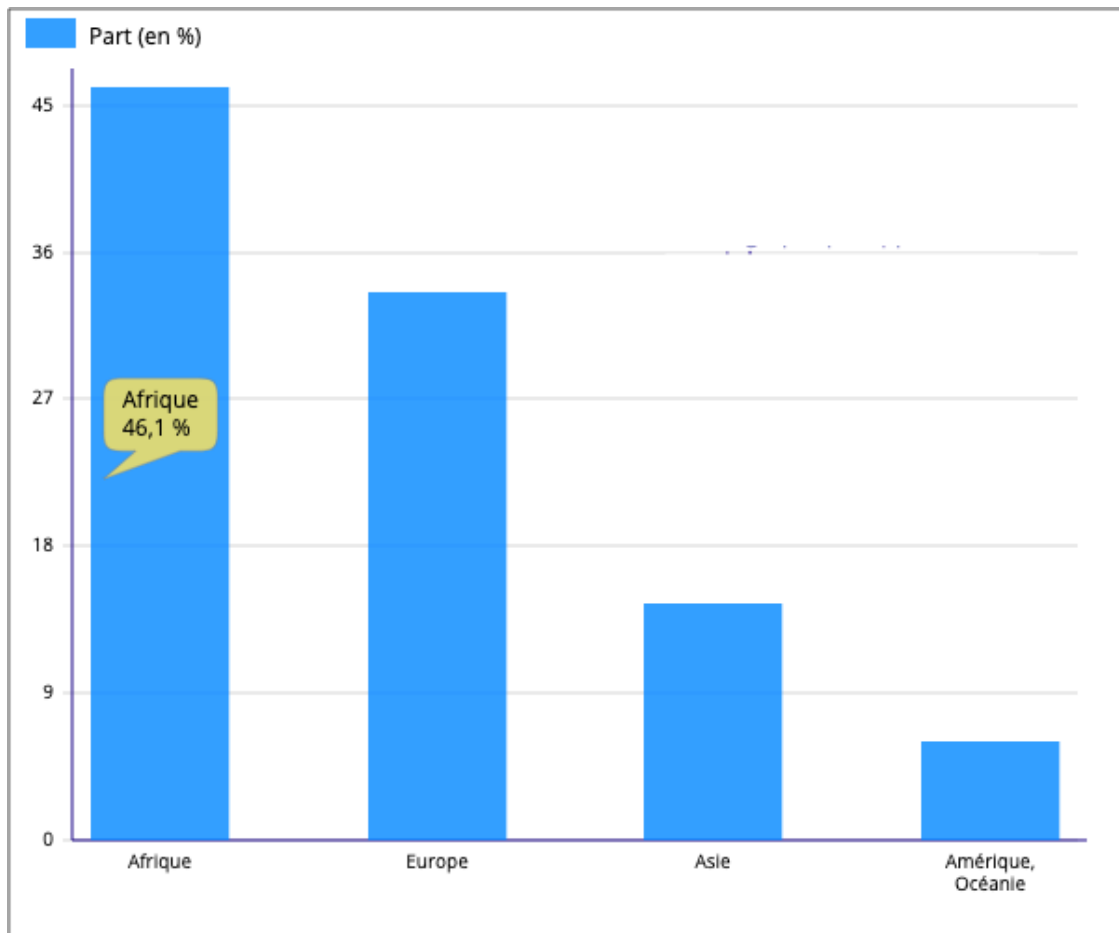


Figure 2. Immigrés vivant en France en 2018 selon leur continent de naissance, *d'après Insee*¹⁴

Au sein des pays d'Europe, les situations sont très contrastées en matière d'immigration, entre des États qui comptent très peu d'étrangers (0,6 % en Roumanie ou Pologne) et un pays très ouvert comme le Luxembourg, dont près de la moitié de la population vient d'ailleurs (40,7 % d'Européens, 6,9 % de pays tiers). Par rapport à ses voisins, la France se situe en dessous de la moyenne pour l'accueil des étrangers, vous trouverez ci-dessous le graphique de la proportion de citoyens étrangers dans chaque pays de l'Union européenne au 1er janvier 2017. Le graphique ci-dessous illustre ces données.

¹⁴ Insee, *Immigrés et étrangers*, 2012. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212> le 20 mars 2019

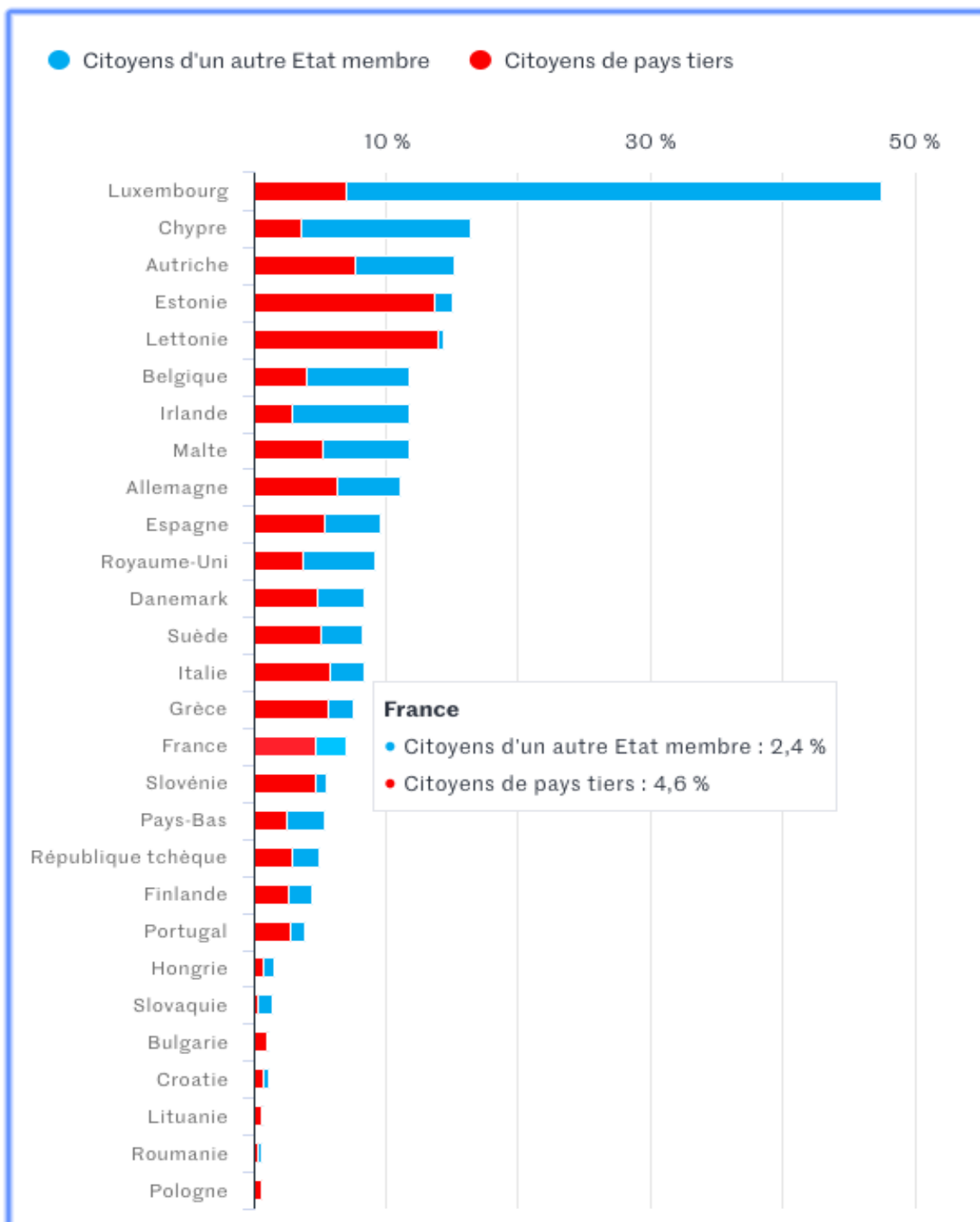


Figure 3. Immigrés et de demandeurs d’asile vivant en France et en Europe, d’après *Le Monde*¹⁵

¹⁵ Durand A. Combien y a-t-il d’immigrants et de demandeurs d’asile en France et en Europe ? *Le Monde*, mars 2019. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/03/20/combien-y-a-t-il-d-immigrants-et-de-demandeurs-d-asile-en-france-et-en-europe_5438852_4355770.html, consulté le 21 octobre 2019

Cependant, le nombre de demandes d'asile augmente rapidement en France mais diminue en Europe. En effet, de nombreux migrants menacés dans leur pays d'origine, en fonction de leur situation personnelle (persécution liée à leur race, religion, opinion politique...) ou à cause de la guerre, cherchent à gagner l'Europe et à y obtenir le statut de réfugié, en déposant une demande d'asile. La population immigrée en France progresse en effectif et en pourcentage de la population totale depuis 1946, elle correspond à 9,7 % de la population vivant en France en 2018, contre 7,4 % en 1975 et 5 % en 1946. Jusqu'au milieu des années 1970, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins, comblant les besoins de main-d'œuvre nés de la reconstruction d'après-guerre, puis de la période des Trente Glorieuses. En 1974, dans un contexte économique dégradé, un frein est mis à l'immigration de travail et l'immigration familiale se développe. Depuis cette date, la part des femmes dans les flux d'immigration est croissante, qu'il s'agisse de regroupement familial ou non. En 2018, 52 % des immigrés sont des femmes, contre 44 % en 1975 et 45 % en 1946.

Ces chiffres révèlent que l'accès aux soins des personnes migrantes est un enjeu majeur en terme de santé publique en France. A ce jour, il est fragmenté selon le statut juridique des migrants (situation régulière ou situation irrégulière) et révèle une fracture entre prestations maladies et prestations d'État (*cf chapitre 2*).

1.1.3. La situation en matière de Santé mondiale

Les 17 Objectifs de Développement Durable des Nations unies (ODD)¹⁶, adoptés en 2015, constituent un cadre d'action à l'échelle planétaire à l'horizon 2030. L'objectif 3 concerne la santé dans le monde, il a pour but de « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* »¹⁷. Actuellement, de nombreuses régions sont confrontées à de graves risques pour la santé : taux élevé de mortalité maternelle et néonatale, propagation de maladies infectieuses et de maladies non transmissibles ainsi qu'une mauvaise santé reproductive.

¹⁶ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

¹⁷ Nations Unies. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>, consulté le 15 octobre 2019.

Depuis 2019 à aujourd’hui, le Monde a fait face à plusieurs **flambées épidémiques** :

Epidémie	Pays les plus touchés au cours de l’année 2019 jusqu’à aujourd’hui
Maladie à virus Ebola	République démocratique du Congo, Ouganda
Poliomyélite	République démocratique du Congo, Philippines
Fièvre jaune	Nigéria, Brésil, Venezuela
Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)	Arabie-Saoudite, Oman, Emirats arabes unis, Qatar
Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) ou COVID19	Monde entier, pandémie
Rougeole	Monde entier, pandémie
Syndrome pulmonaire à hantavirus	Argentine
Poliovirus circulant de type 1 dérivé d’une souche vaccinale	Papouasie-Nouvelle-Guinée, Indonésie, Iran, Myanmar, Philippines
Poliovirus circulant de type 2 dérivé d’une souche vaccinale	Mozambique, République du Ghana
Infection à Gonocoque	Royaume-Uni
Dengue	Jamaïque, la Réunion (France), Pakistan, Soudan, Espagne, en Afghanistan, Chili, Territoires français des Amériques (Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin et Saint-Barthélemy)
Fièvre de Lassa	Nigéria, Pays-Bas
Infection à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> résistant au carbapénème	Mexique
Fièvre de la vallée du Rift	Mayotte (en France), République du Soudan
Orthopoxvirose simienne	Singapour
Listériose	Espagne
VIH	Pakistan
Cas d’affection fébrile non diagnostiquée	Tanzanie
Maladie à virus Zika	France

Figure 4. Flambées épidémiques au cours des années 2019-2020

C'est pourquoi, le cadre politique de santé 2020¹⁸ propose quatre domaines d'action prioritaires, qui sont basés sur les priorités mondiales fixées pour l'OMS par ses États membres et adaptés aux impératifs et expériences propres à la Région européenne :

1. Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les citoyens ;
2. Relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies transmissibles et non-transmissibles ;
3. Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne et les capacités de santé publique, y compris la capacité à se préparer et à réagir face aux situations d'urgence ;
4. Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien.

Il ne s'agit pas de domaines d'action isolés, mais fréquemment interdépendants et complémentaires. Pour les gérer, il faut combiner les démarches de gouvernance hiérarchique, décentralisée et participative afin de mettre la santé et le bien-être à la portée de chacun.

En France, dans les camps de migrants, les pathologies infectieuses sont très présentes, notamment : les infections respiratoires aiguës, les syndromes grippaux et la gale. Des épisodes épidémiques ont été détectés et ont donné lieu, pour les limiter, à des campagnes de vaccination : rougeole, varicelle, grippe.

De très nombreuses violences subies sont aussi rapportées. Ces constats sont également ceux établis dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)¹⁹ des hôpitaux publics pour les immigrés sans domicile et sans couverture maladie, en France depuis moins d'un an.

¹⁸ Organisation Mondiale de la Santé. Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/215259/Health2020-Short-Fre.pdf?ua=1, consulté le 2 novembre 2019.

¹⁹ Permanence d'accès aux soins, cf chapitre 3.

1.2. Quelques éléments clés sur le droit d'asile en France

Qu'est-ce que le droit d'asile ?

Le droit d'asile découle du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui affirme que « *tout homme en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République* »²⁰. De plus, le 13 août 1993, il a été consacré par le Conseil constitutionnel dans sa décision : « *Considérant que le respect du droit d'asile, principe de valeur constitutionnelle, implique d'une manière générale que l'étranger qui se réclame de ce droit soit autorisé à demeurer provisoirement sur le territoire jusqu'à ce qu'il ait été statué sur sa demande* »²¹. Le droit d'asile découle également de la convention de Genève sur les réfugiés du 28 juillet 1951²² et du droit de l'Union européenne, plus particulièrement du règlement (UE) n°604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013²³ établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale, dit règlement « Dublin », de la directive 2011/95/UE du 13 décembre 2011, dite directive « qualification », et des deux directives du 26 juin 2013, portant respectivement sur les procédures et les normes d'accueil.

Selon la loi n°2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile²⁴, le devoir de protection des personnes menacées dans leur pays d'origine repose sur 4 principes :

- la protection élargie ;
- un examen impartial de la demande d'asile ;
- un droit au maintien sur le territoire ;
- des conditions d'accueil dignes pendant toute la durée de l'examen.

²⁰ Legifrance. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>, consulté le 2 novembre 2019.

²¹ Conseil constitutionnel. Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1993/93325DC.htm>, consulté le 3 novembre 2019.

²² <https://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>

²³ <https://easo.europa.eu/sites/default/files/public/Dublin-FR.pdf>

²⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030949483&categorieLien=id>

Les règles de droit interne relatives au droit d'asile se trouvent inscrites dans le Livre VII du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)²⁵.

Une personne qui demande l'asile en France peut bénéficier soit du statut de réfugié, soit de la protection subsidiaire internationale.

Le statut de réfugié est reconnu, conformément à l'article L. 711-1 du CESEDA :

- en application de la convention de Genève du 28 juillet 1951 sur le statut des réfugiés qui définit le réfugié comme « *toute personne (...) qui (...) craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa **race**, de sa **religion**, de sa **nationalité**, de son appartenance à un certain **groupe social** ou de ses **opinions politiques**, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays...* » ;
- en application du préambule de la Constitution, « *à toute personne persécutée en raison de son **action en faveur de la liberté*** » ;
- à toute personne sur laquelle le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR)²⁶ exerce son mandat aux termes des articles 6 et 7 de son statut²⁷ (*cf annexe 1*).

Il existe 2 types de protection destinée aux demandeurs d'asile : le **statut de réfugié** et la **protection subsidiaire internationale**.

Pour une personne reconnue réfugiée, en application de l'article L.314-11 8° du CESEDA, une carte de résident d'une validité de 10 ans est délivrée de plein droit par la préfecture du lieu du domicile. Un titre de voyage est également délivré par la préfecture du lieu du domicile, à la demande de l'intéressé. Il est valable pour tous les pays, sauf celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle.

²⁵ Legifrance. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158>, consulté le 10 janvier 2020.

²⁶ <https://www.unhcr.org/fr/>

²⁷ UNHCR. Statut du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés : résolution n°428 de l'Assemblée générale du 14 décembre 1950. <https://www.unhcr.org/fr/excom/unhcrannual/4b30a20932/rapport-haut-commissaire-nations-unies-refugies-1953.html>, consulté le 15 octobre 2019.

La protection subsidiaire, conformément à l'article L.712-1 du CESEDA, est octroyée à la personne qui ne remplit pas les critères ci-dessus mais qui établit « *qu'elle est exposée dans son pays à la **peine de mort**, à la **torture** ou à **des peines ou traitements inhumains ou dégradants**, ou, s'agissant d'un civil, à une **menace grave, directe et individuelle contre sa vie** ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une **situation de conflit armé interne ou international** » ». Pour une personne bénéficiaire de la protection subsidiaire : en application de l'article L. 313-25 du CESEDA, une carte de séjour pluriannuelle d'une durée maximale de 4 ans est délivrée de plein droit par la préfecture du lieu du domicile. Un titre d'identité et de voyage est également délivré par la préfecture du lieu du domicile, à la demande de l'intéressé. Il est valable pour tous les pays, sauf celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle.*

Depuis la loi du 25 juillet 1952, seul un établissement public, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA)²⁸, a le soin de reconnaître la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire, sous le contrôle d'une juridiction administrative, la Cour nationale des demandeurs d'asile (CNDA)²⁹.

L'OFPRA est rattachée au Ministère de l'intérieur mais exerce ces missions en toute indépendance et ne peut recevoir d'instructions. Les demandes sont examinées par des officiers de protection spécialisés et répartis en divisions géographiques. L'OFPRA instruit les demandes d'asile en examinant, au vu des critères d'obtention du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, les motifs avancés par le demandeur dans sa demande écrite et à l'occasion d'une audition, laquelle est largement généralisée.

En cas de rejet de la demande d'asile par l'OFPRA, le demandeur dispose d'un mois pour introduire un recours devant la CNDA. A cette fin, il peut bénéficier de l'aide juridictionnelle. La CNDA est une juridiction administrative spécialisée, relevant en cassation du Conseil d'État. La loi du 20 novembre 2007 a affirmé son caractère juridictionnel en la rattachant administrativement au Conseil d'État à partir du 1er janvier 2009. Elle est présidée par un conseiller d'État, désigné par le vice-président du Conseil d'État et présente la particularité de comporter lorsqu'elle statue en formation de jugement, un président, magistrat, et deux

²⁸ <https://www.ofpra.gouv.fr/>

²⁹ <http://www.cnda.fr/>

assesseurs, dont l'un est nommé par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et l'autre par le vice-président du Conseil d'État. La CNDA est une juridiction de plein contentieux et à l'occasion du recours, qui réexamine l'ensemble du dossier et peut annuler la décision de l'OFPRA ou au contraire la confirmer. Les requérants peuvent être assistés d'un conseil et/ou d'un interprète afin d'être entendus.

Conformément aux dispositions du règlement européen dit « *Dublin III* » du 26 juin 2013³⁰, l'examen d'une demande d'asile par l'OFPRA est subordonné à la condition que la France est bien responsable de l'examen. Lorsque la procédure « *Dublin* » est engagée, c'est-à-dire qu'un autre État que la France est responsable du traitement de la demande, l'intéressé se voit remettre une première attestation, valant droit au maintien sur le territoire, d'un mois renouvelable tous les 4 mois jusqu'au transfert de l'intéressé vers l'État membre responsable de sa demande d'asile. Si la France est responsable de l'examen de la demande d'asile, le demandeur d'asile bénéficie d'un droit au maintien en France pendant toute la durée de la procédure d'examen de sa demande par l'OFPRA et, en cas de recours contre une décision de rejet de l'OFPRA, jusqu'à la décision de la CNDA.

Ce droit est matérialisé par la délivrance d'une attestation de demande d'asile (*cf annexe 2*) d'abord d'une durée d'un mois, pour démarches auprès de l'OFPRA, renouvelable pour des durées variables fixées par arrêté (9 puis 6 mois pour la procédure normale, six puis trois mois pour la procédure accélérée), jusqu'à la notification de la décision définitive sur la demande d'asile. La loi du 29 juillet 2015 a unifié le régime applicable aux demandeurs d'asile et confère un droit au maintien sur le territoire à tous les demandeurs d'asile.

Les personnes placées sous la protection de l'OFPRA disposent de certains droits sociaux et peuvent bénéficier de certains dispositifs d'accompagnement, en application du code du travail, du code de la sécurité sociale, du code de l'action sociale et des familles et/ou du code de la construction et de l'habitation. Les droits à la santé des personnes en cours de demande d'asile seront développés dans le *Chapitre 2*. Le schéma ci-dessous résume la procédure d'asile et le séjour des demandeurs d'asile :

³⁰ <https://easo.europa.eu/sites/default/files/public/Dublin-FR.pdf>

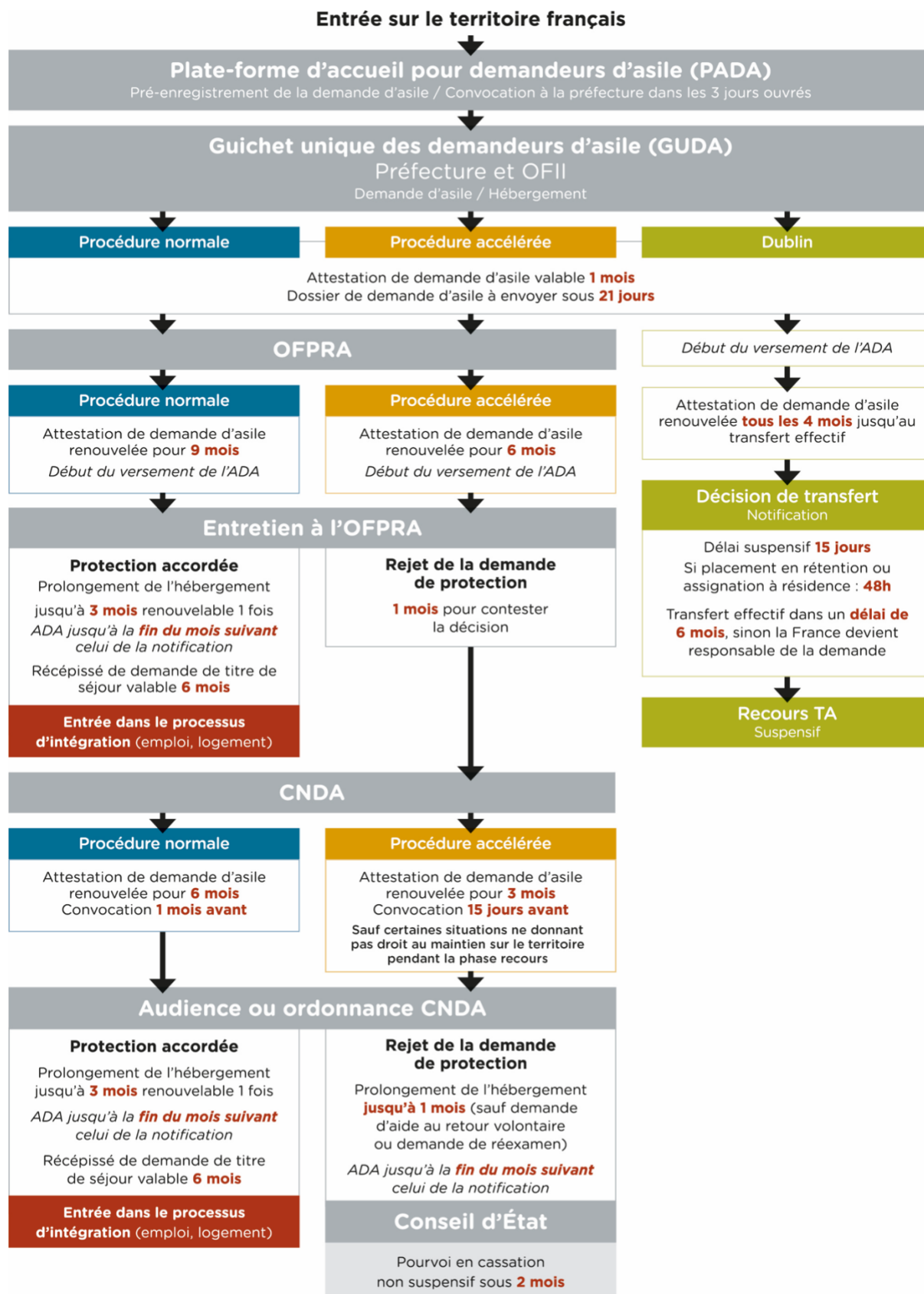


Figure 5. Parcours ludique de la demande d'asile, d'après Forum Réfugiés³¹

³¹ Forum Réfugiés. Kit participant – Parcours ludique. https://www.forumrefugies.org/images/s-informer/ressources/outils-de-sensibilisation/Jeu_dans-les-pas-d-un-refugie/02_Forum_refugies-Cosi_Jeu-Dans-les-pas-d-un-refugie_Kit-participant-A5.pdf, consulté le 17 octobre 2019.

1.3. L'état de santé des migrants en France : analyse de 2 études réalisées par Médecins du Monde et le COMEDE

Depuis 1946, la définition de la santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est la suivante :

« La santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³².

Cette définition de l'OMS, montre que la santé est un état global résultant du bien-être physique, du bien-être mental et du bien-être social de chacun. Ces trois grandes thématiques sont donc indissociables les unes des autres et représentent les conditions préalables à un bon état de santé. Pourtant, bien souvent, l'état de santé n'est pas considéré dans sa globalité. En effet, l'aspect médical est priorisé sur l'état mental de la personne, sans doute car il est moins difficile à repérer. Le bilan de santé global ne peut se faire sans prendre en compte l'aspect social qui est un déterminant de santé non-négligeable, notamment dans l'accès aux soins de santé des personnes migrantes en situation de grande précarité. Un déséquilibre entre ces trois entités serait à l'origine d'un état de santé dégradé et creuserait les inégalités d'accès aux soins des personnes migrantes en France. Lorsque le bien-être social est fragile, l'équilibre au sein de cette pyramide s'écroule, ce qui impacte directement et indirectement, à travers l'accessibilité aux soins, la santé physique et mentale et donc le bien-être de l'être humain.

D'autres facteurs viennent fragiliser l'équilibre entre la santé sociale, la santé physique et la santé mentale, notamment les obstacles d'accès à la santé liés aux démarches administratives complexes, aux barrières linguistiques, culturelles et financières mais aussi du fait des inégalités dans le système de soins. Ces inégalités sont accentuées par les politiques publiques

³² Nations Unies, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 45^{ème} édition.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf, consulté le 17 octobre 2019.

et le non-respect des droits fondamentaux. Les conséquences directes de ces phénomènes sont à l'origine de la dégradation de l'état de santé global des personnes migrantes en situation de précarité et vont contribuer à accroître leur vulnérabilité en raison de leur situation socio-économique et migratoire.

Selon l'OMS « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »³³. Pourtant, les politiques migratoires sont ancrées dans les concepts de souveraineté de l'État et déterminent qui peut rester dans un pays et qui doit partir, qui peut accéder aux services et qui en est exclu³⁴, tandis que les politiques de santé sont régies par le droit international à la santé qui doit être respecté sur une base non discriminatoire et inclusive. Cette contradiction est à l'origine de nombreux conflits d'articulation juridique entre le droit national et le droit international.

Le statut administratif des personnes et les prestations sociales ou maladies qui en découlent creusent les inégalités d'accès à la santé entre les populations migrantes. En effet, les personnes migrantes en situation régulière bénéficient d'une protection maladie et sont des ayants-droits de l'Assurance maladie : la Protection Universelle Maladie ou Régime général (PUMA). Tandis que les personnes en situation irrégulière résidant depuis plus de 3 mois sur le territoire français bénéficient d'une prestation sociale de l'État pour accéder aux soins : l'Aide médicale d'État (AME). L'offre de remboursement de soins proposée n'est pas égalitaire entre ces deux dispositifs, de plus, le financement de l'aide médicale par l'État est souvent à l'origine de nombreux refus de soins par les professionnels de santé du fait de la complexité des démarches administratives qui en découlent.

Ces inégalités d'accès aux soins entraînent alors une exclusion du parcours de soins des personnes migrantes en situation d'irrégularité. Ce public précaire et vulnérable nécessite pourtant une prise en charge en santé adaptée à leurs besoins, d'autant plus que leur état de

³³ Nations Unies, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 45^{ème} édition.

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf, consulté le 17 octobre 2019.

³⁴ Bozorgmehr K., Jahn R. (2019). Adverse health effects of restrictive migration policies: building the evidence base to change practice. *The Lancet*, vol. 7.

santé se dégrade avec la durée de résidence dans leur pays d'accueil. Ce phénomène est caractérisé par le « *Healthy Migrant Effect* »³⁵.

La précarité des conditions de vie des migrants et les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'accueil les rendent particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire. Cependant, leurs problèmes de santé sont peu documentés³⁶. En France, les données d'épidémiologie sur l'état de santé des personnes migrantes en situation de grande précarité sont rares³⁷, c'est pourquoi, afin d'établir un état des lieux pertinent et qualitatif, je me suis appuyée sur deux études épidémiologiques ainsi qu'une étude que j'ai pu réaliser au cours de mon expérience professionnelle au sein de l'association de santé ADSF – Agir pour la santé des femmes.

- L'État de santé des personnes accueillies dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde en 2017³⁸,
- L'État de santé des personnes ayant effectué le bilan de santé du COMEDE entre 2007 et 2013³⁹.
- Étude sur l'état de santé des femmes rencontrées par les équipes médico-psy de l'ADSF – Agir pour le Développement de la Santé des Femmes en 2018⁴⁰.

³⁵ Jusot F., Silva J., Dourgno P., Sermet C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Revue économique*, vol 60, 385-411.

³⁶ Huaume H., Kellou N., Chappuis M. et al. (2017). Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°19-20.

³⁷ Berchet C., Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France : une analyse selon le genre et l'origine. *Revue économique*, vol. 61, n°6, p. 1075-1098.

³⁸ Médecins du Monde. (2017). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, consulté le 3 septembre 2019.

³⁹ COMEDE. (2015). Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, édition 2015. http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf, consulté le 3 septembre 2019.

⁴⁰ Etude dirigée en 2018 par Manon Lugand-Lopez, auteur de cette thèse.

1.3.1. Analyse d'étude n°1 : État de santé des personnes accueillies dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde en 2017

Contexte général :

Médecins du Monde⁴¹ est une ONG médicale de solidarité internationale créée en 1980. Elle intervient en France et à l'international, afin de soigner les populations les plus vulnérables, les victimes de conflits armés, de catastrophes naturelles, celles et ceux qui n'ont pas accès aux soins. Depuis 1986, Médecins du Monde tente de venir en aide aux personnes les plus précaires grâce à ses 20 centres d'accueil de soins et d'orientations (CASO) et son centre pédiatrique qui offrent aujourd'hui un accueil médico-social. A ce jour, L'association mène également 49 actions mobiles de proximité vont à la rencontre des personnes exclues sur leur lieu de vie et/ou d'activité. Les CASO permettent d'accueillir, de soigner et d'orienter les personnes en difficulté d'accès aux soins ainsi que de témoigner de leur situation. Ils sont ouverts à toute personne en difficulté, sans rendez-vous. Les CASO mobilisent des équipes pluridisciplinaires qui proposent une prise en charge médicale adaptée aux patients et travaillent avec eux à leur accès aux droits et aux dispositifs publics de soins. Les personnes en difficultés peuvent également venir pour des consultations spécialisées. Des actions de prévention et d'incitation au dépistage aux Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), hépatites et tuberculose sont par ailleurs menées dans certains CASO.

En 2017, 29 674 consultations de médecine générale et spécialisée ont été réalisées par les équipes de Médecins du Monde et 18 781 personnes ont été rencontrées. Parmi elles, 41,3 % des personnes accueillies par les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) sont en situation irrégulière sur le territoire français. Les personnes reçues dans les CASO sont particulièrement exposées à une précarité administrative et financière : 98,5 % d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté et 47,6 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre.

⁴¹ <https://www.medecinsdumonde.org/fr>

Contexte santé :

Plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique, soit près de la moitié des personnes rencontrées. Pourtant, un retard de recours aux soins est constaté dans près d'une consultation sur 2. Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés sont : des **troubles digestifs** (24,7 %), **des troubles respiratoires** (20,9 %) ainsi qu'à des **troubles ostéo-articulaires** (19,7 %) ; suivis des **troubles dermatologiques** (15,8 %), des **troubles cardiovasculaires** (9,4 %) et des **troubles psychologiques** (8,6 %). La classification des problèmes de santé suivent la Classification International des Soins Primaires (CISP)⁴², ils sont d'ailleurs représentés dans le graphique ci-dessous.

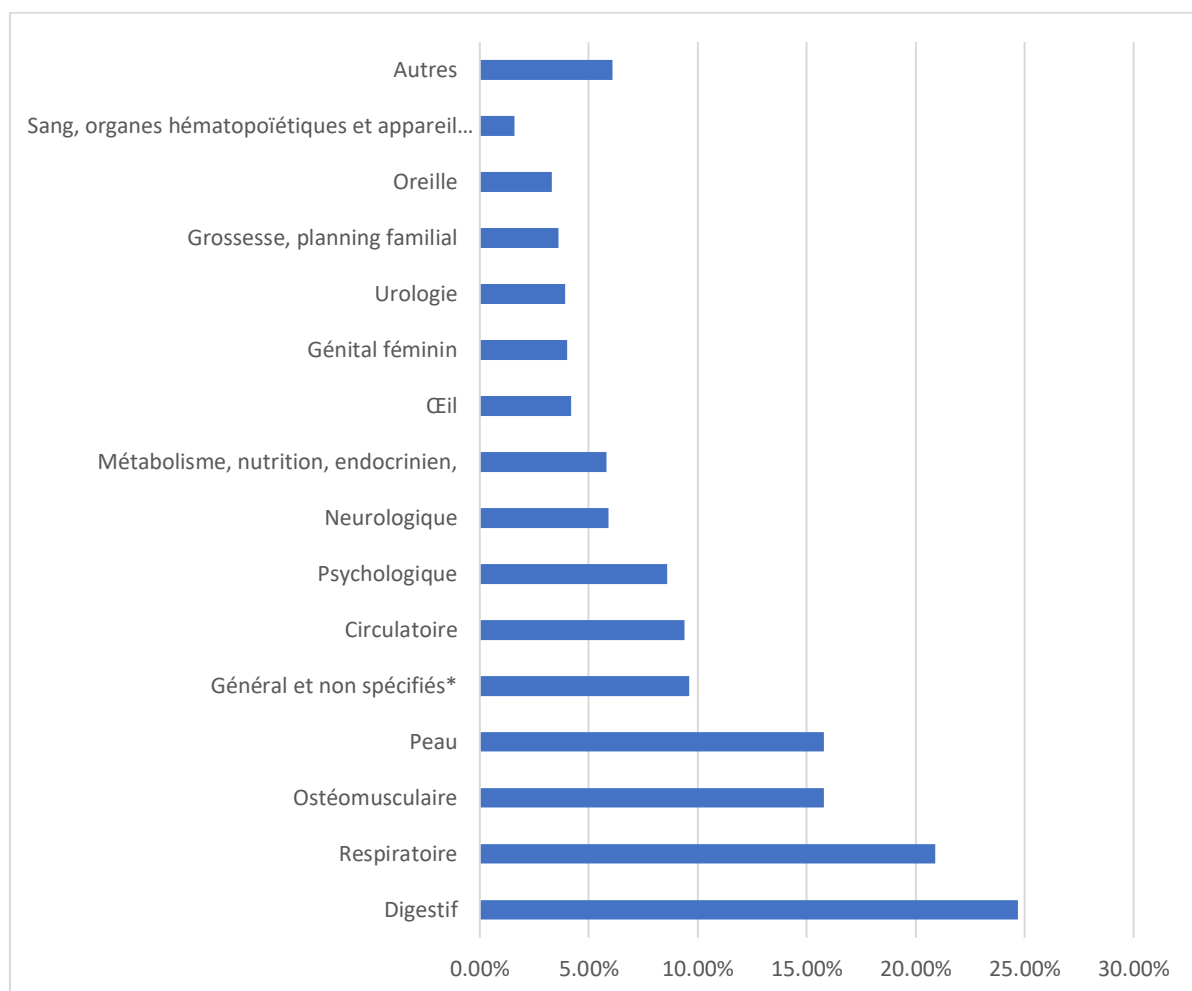


Figure 6. Prévalence des pathologies par appareil anatomique

⁴² La Classification internationale des soins primaires (CISP) est la version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC) qui appartient à la famille des classifications de l'OMS pour décrire le domaine de la médecine générale en lien avec la CIM (classification internationale des maladies), l'ICF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) et ICHI (classification internationale des interventions de santé).

focus femmes :

Santé sexuelle et reproductive

En 2017, 5 292 femmes ont été reçues en consultation de médecine générale et 336 en consultation de gynécologie. Les femmes accueillies dans les CASO sont **globalement peu suivies sur le plan gynécologique**, une très grande partie d'entre elles arrivant de régions où l'offre en termes de services en santé sexuelle et reproductive ou de contraception est limitée. Plus de 80% des femmes de 25 à 65 ans n'ont jamais été dépistées contre le cancer du col de l'utérus au cours de leur vie, soit près de cinq fois moins qu'en population générale française. En 2017, **seules 12 % des femmes de 15 à 50 ans ont indiqué utiliser un moyen de contraception** lors de leur visite au CASO.

Santé materno-infantile

En 2017, 12,2 % des femmes de 11 à 49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au CASO. Seules 6,2 % des femmes enceintes vues en consultation médicale disposent de droits ouverts à la couverture maladie au jour de leur première visite au CASO. Parmi les femmes enceintes, 45 % présentaient un **retard de suivi de grossesse** selon les médecins et 27 % des femmes enceintes sont sans domicile fixe. Seulement 42,6 % ont eu accès à des soins prénataux au cours de la grossesse. Au total, 55,4 % des femmes enceintes nécessitaient selon les médecins une prise en charge urgente ou assez urgente, soit du fait d'une urgence obstétricale avérée ou potentielle, soit du fait d'un retard ou d'une absence de suivi de grossesse.

Conditions de vie

Les conditions de logement de ces femmes apparaissent particulièrement difficiles dans la mesure où seules 10,2 % disposent d'un logement personnel, 26,6 % sont sans domicile fixe, 8,5 % vivent dans un squat ou un campement et 54,6 % sont hébergées par une association ou des connaissances. Enfin, la moitié d'entre elles sont seules et 51,2 % en situation irrégulière au regard du séjour en France.

focus santé mentale :

En 2017, parmi les 18 781 patients rencontrés dans les CASO, près de 9% présentaient des troubles psychologiques qui sont principalement liés à des troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques). Les patients victimes de violences, demandeurs d'asile ou les personnes seules ou vivant à la rue ont une prévalence plus grande de troubles d'ordre psychologique.

focus couverture vaccinale :

Parmi les personnes de plus de 15 ans, **seules un peu plus d'un tiers disposent d'une vaccination à jour pour la coqueluche, le ROR et l'hépatite B ; et moins d'un patient sur 2 est à jour pour le tétanos, la diphtérie, la polio et le BCG**. Ces taux de couverture sont très en-dessous de ceux retrouvés en population générale. La couverture vaccinale des patients reçus dans les CASO est faible, avec des taux qui varient de 33 à 53 % chez les plus de 15 ans et de 59 à 76 % parmi les moins de 15 ans. Les taux de vaccination sont plus faibles chez les patients étrangers. Les personnes en situation de logement précaire présentent des niveaux de vaccination plus faibles. La couverture vaccinale des populations rencontrées dans les programmes de MdM reste très inférieure aux recommandations nationales. Pour les enfants de moins de 15 ans, près de 8 enfants sur 10 sont à jour pour la vaccination DTP, 7 sur 10 sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et moins de 6 sur 10 pour l'hépatite B.

focus obstacles d'accès aux soins :

Difficultés administratives, financières et linguistiques

En 2017, 28 % des personnes évoquent des **difficultés administratives**, 26 % la **méconnaissance des droits** et des structures et 16 % la **barrière linguistique ou les difficultés financières** comme les principaux obstacles dans l'accès aux soins.

Hébergement

La grande majorité des personnes rencontrées au niveau des programmes Médecins du Monde connaissent d'importantes difficultés de logement. Seuls 6,4 % disposent d'un logement personnel et **plus des trois quarts des patients sont en logement précaire** (50,3% sont hébergés par de la famille ou des amis, 8,1 % vivent en squat ou campement ; un quart sont sans domicile fixe).

Couverture maladie

En 2017, 7 personnes sur 10 pouvaient, en théorie, bénéficier d'une couverture maladie mais **seulement 13 % des personnes rencontrées dans les CASO disposaient d'une couverture maladie** lors de leur première visite. Le tableau ci-dessous montre la différence entre le nombre de bénéficiaires qui ont droits théoriques et ceux qui ont des droits effectifs :

	Droits théoriques		Droits effectifs	
	%	n	%	n
Assurance maladie (PUMa)	26,9	5 397	6,2	1 337
AME	42,8	8 598	5,2	1 132
Couverture de base européenne/VISA	1,2	252	1,9	421
Aucun droit à une couverture maladie	29,1	5 848	86,7	18 810

Figure 7. Comparaison entre les droits en santé effectifs et théoriques des personnes rencontrées dans les CASO

focus renoncement aux soins et suivi médical :

En 2017, près de la **moitié (49,4 %) des patients reçus en consultation médicale présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins** et 38,6 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents (tableau 20). Par ailleurs, 14 % des patients accueillis dans les CASO ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, dans près de 8 cas sur 10 pour des raisons financières.

Plus de 5 patients sur 10 souffraient d'une pathologie chronique et 82,8 % des patients reçus en consultation nécessitaient un suivi et/ou un traitement, ce qui posait la question des moyens de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposaient d'aucune couverture maladie et vivaient dans des conditions de grande précarité. Parmi eux, la moitié n'avait ni suivi ni traité leurs problèmes de santé avant leur première consultation au CASO.

1.3.2. Analyse d'étude n°2 : État de santé des personnes ayant effectué le bilan de santé du COMEDE entre 2007 et 2013

Contexte général :

Le Comité pour la santé des exilés (COMEDE)⁴³ a pour mission d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. Le COMEDE propose des consultations et des permanences médicales à destination des migrants/étrangers au sein de l'hôpital Bicêtre en région Île-de-France. Ces activités principales sont d'accueillir, de soigner et d'apporter un soutien des exilés, ainsi que des activités d'information et formation à destination des patients et des professionnels de santé. Les personnes migrantes en situation de grande précarité peuvent ainsi bénéficier de consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques, sociales et juridiques, d'éducation thérapeutique, gynécologiques, de sages-femmes et ostéopathiques.

Contexte santé :

Selon l'observation du COMEDE⁴⁴, sur les 13 684 personnes qui ont pu bénéficier d'un bilan de santé entre 2007 et 2013, les principales maladies graves retrouvées sont, par ordre de fréquence : les **psychotraumatismes, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'infection chronique à VHC, l'asthme persistant, l'infection à VIH/SIDA, les cancers et la tuberculose.**

Le graphique ci-dessous met en avant les principales maladies graves par sexe et par région retrouvées chez les personnes ayant effectué le bilan de santé au sein du COMEDE entre 2007 et 2013 :

⁴³ <https://www.comede.org/>

⁴⁴ COMEDE. (2015). Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, édition 2015. http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf, consulté le 3 septembre 2019.

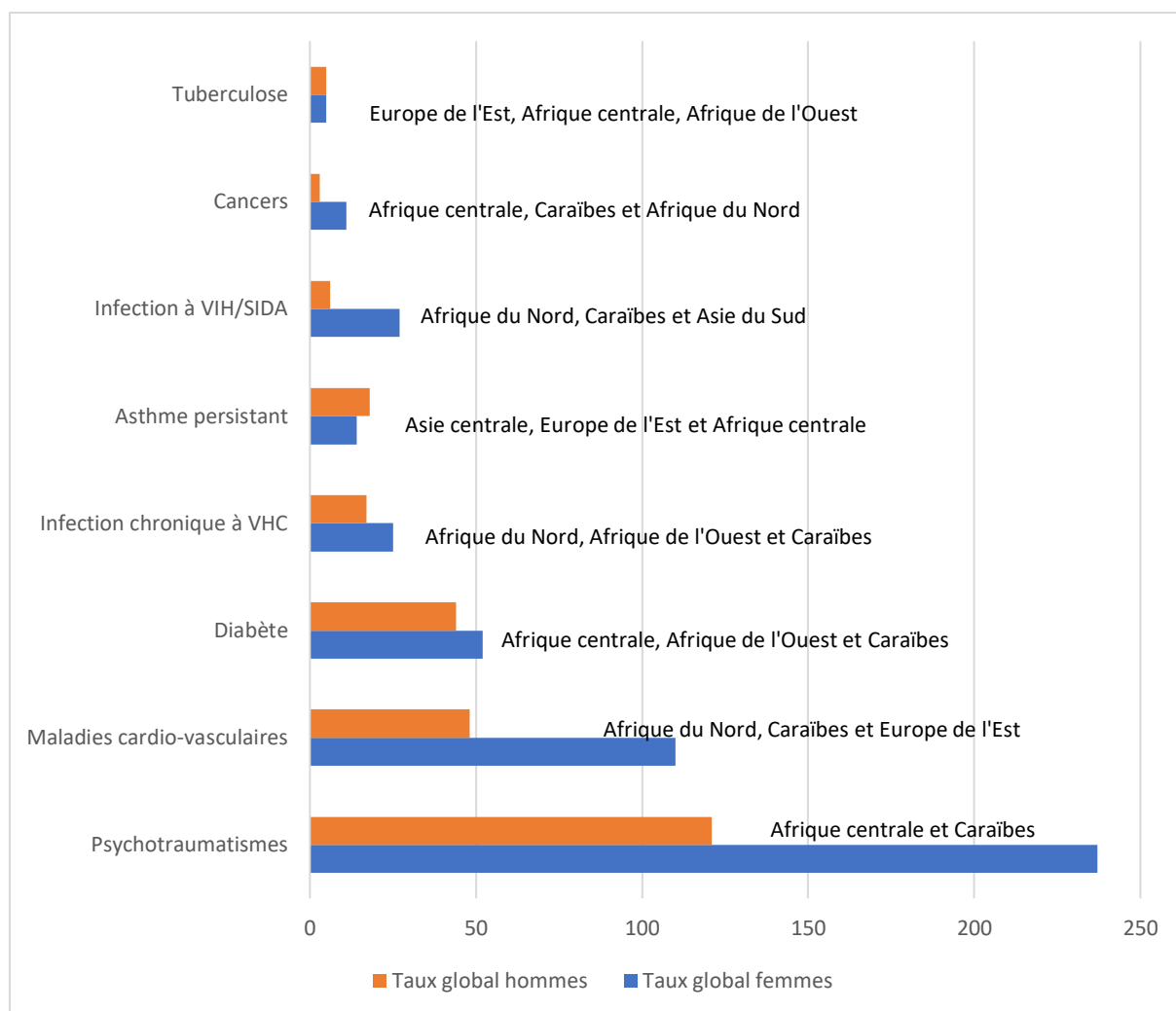


Figure 8. Maladies graves retrouvées chez les personnes ayant effectué le bilan de santé entre par sexe et par régions

focus maladies cardiovasculaires :

Parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013, le taux global de prévalence global des femmes s'élève à 110 tandis que celui des hommes s'élève à 48. Les femmes sont plus atteintes que les hommes (presque deux fois plus). Les principales régions d'origine de plus forte prévalence sont l'Afrique centrale, les Caraïbes et l'Afrique du Nord.

focus diabète :

Parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013, le taux global de prévalence global des femmes s'élève à 52 tandis que celui des hommes s'élève à 44. Les femmes sont plus atteintes que les hommes. Les principales régions d'origine de plus forte prévalence sont l'Afrique du Nord, les Caraïbes et l'Asie du Sud.

focus infection chronique à VHC :

Parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013, le taux global de prévalence global des femmes s'élève à 25 tandis que celui des hommes s'élève à 17. Les femmes sont plus atteintes que les hommes. Les principales régions d'origine de plus forte prévalence sont l'Asie centrale, l'Europe de l'est et Afrique centrale.

focus infection à VIH/SIDA :

Parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013, le taux global de prévalence global des femmes s'élève à 27 tandis que celui des hommes s'élève à 6. Les femmes sont plus atteintes que les hommes (presque cinq fois plus). Les principales régions d'origine de plus forte prévalence sont l'Afrique centrale, l'Afrique de l'ouest et les Caraïbes.

focus cancers :

Parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013, le taux global de prévalence global des femmes s'élève à 11 tandis que celui des hommes s'élève à 3. Les femmes sont plus atteintes que les hommes (presque quatre fois plus). Les principales régions d'origine de plus forte prévalence sont l'Afrique du nord, les Caraïbes et l'Europe de l'Est.

focus troubles respiratoires :

Parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013, le taux global de prévalence global des femmes atteintes d'asthme persistant s'élève à 14 tandis que celui des hommes s'élève à 18. Les hommes sont plus atteints que les femmes. Les principales régions d'origine de plus forte prévalence sont l'Afrique du nord, l'Afrique de l'ouest et Caraïbes. Par classe d'âge, les taux de prévalence sont plus élevés après 35 ans.

focus santé mentale :

Parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013, le taux global de prévalence global des femmes souffrant de psychotraumatisme s'élève à 237 tandis que celui des hommes s'élève à 121. Les femmes souffrent plus de psychotraumatismes que les hommes (presque deux fois plus). Les principales régions d'origine de plus forte prévalence sont l'Europe de l'Est, l'Afrique centrale et l'Afrique de l'ouest. Selon le COMEDE : 60 % déclaraient des antécédents de violences (définition OMS), 30 % des antécédents de violences

liées au genre ; 9 % des antécédents de torture (définition ONU). Parmi les femmes suivies en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 94 %, 74 % et 26 %. Près de la moitié de ces femmes présentent des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (47 %) et 29 % d'entre elles avait eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée. Parmi les 449 femmes enceintes suivies au Centre de santé entre 2012 et 2017, la grossesse était consécutive à un viol dans 14 % des cas, 55 % des femmes ne recevaient aucun soutien du père de l'enfant, alors que le suivi de la grossesse était incomplet dans près de la moitié des cas.

focus obstacles d'accès aux soins :

D'après l'analyse du COMEDE, 30% des patientes nécessitaient le recours à un interprète.

1.3.3. Focus inégalités en santé femmes-hommes et appui d'une étude sur l'état de santé des femmes

Selon les études de l'Institut National d'Études Démographiques (INED)⁴⁵, l'espérance de vie à la naissance des femmes est plus élevée que celle des hommes mais cela ne signifie pas qu'elles se déclarent en bonne santé. En 2015, l'espérance de vie à la naissance était de 85,0 ans pour les femmes, et de 78,9 ans pour les hommes, soit un écart équivalent à 6,1 ans. Cet avantage féminin peut être expliqué par différents facteurs, notamment des déterminants biologiques différents, des comportements plus favorables à un bon état de santé (tabagisme, alcoolisme, conduites à risque) et des emplois moins pénibles physiquement⁴⁶. Aujourd'hui, l'espérance de vie ne résume pas à elle seule l'état de santé, et si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles se déclarent en plus mauvais état de santé et vivent avec plus de maladies, d'incapacités et de situations de dépendance. En effet, selon l'étude de la CNAMTS (*cf figure ci-dessous*) les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies du foie et du pancréas, l'insuffisance rénale chronique terminale ont une prévalence plus élevée chez les hommes.

⁴⁵ <https://www.ined.fr/>

⁴⁶ Polton D. (2016). Égalité femmes – hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regards*, n°50, 35-45.

	Hommes	Femmes	Écart hommes/femmes (en %)
Maladies cardiovasculaires	8,9 %	4,6%	94%
Diabète	6,5 %	4,4 %	48%
Cancers	4,9 %	4,2 %	16%
Maladies respiratoires chroniques	5,7 %	4,9 %	18 %
Maladies du foie ou du pancréas	1,1 %	0,7 %	66 %
Insuffisance rénale chronique terminale	0,18 %	0,09 %	89 %

Figure 9. Taux de prévalence standardisés sur l'âge de certaines pathologies, *d'après la Cartographie des pathologies - Données SNIIRAM - PMSI, traitements CNAMTS*

Les hommes seraient en revanche moins exposés que les femmes aux troubles psychologiques qui se voient, par ailleurs, renforcés lorsqu'elles sont en situation de grande précarité avec, en plus, un accès moindre à un suivi gynécologique, à une contraception, au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus⁴⁷.

A la différence de l'étude de la CNAMTS, le Rapport d'activité et d'observation du COMEDE de 2015⁴⁸ ne porte pas sur l'étude de la population générale mais sur l'étude des populations en situation de grande précarité en France. Cette étude révèle que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les infections à VIH/SIDA et VHC ainsi que les troubles psychiques sont plus fréquents chez les femmes. Ces différences de résultats montrent qu'il est important d'étudier l'état de santé des hommes et des femmes en intégrant l'écosystème de leur environnement, de leur origine, de leurs conditions de vie permettant ainsi de mesurer l'impact des déterminants biologiques, socio-économiques et culturels sur la santé des femmes comparativement à celle des hommes. Il en ressort également que les personnes victimes de violence de genre, incluant des hommes homosexuels, présentent des taux plus élevés pour les troubles psychiques, l'infection par le VIH, et l'anguillulose. Par ailleurs, le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants a reconnu que les femmes migrantes sont régulièrement confrontées à des problèmes de santé gynécologique et des problèmes liés à la grossesse plus compliqués que pour les populations d'accueil.

⁴⁷ Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les Hommes, *La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité*. Rapport n°2017-05-29-SAN-O27.

⁴⁸ COMEDE. (2015). Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, édition 2015. http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf, consulté le 3 septembre 2019.

Le fait de ne pas avoir accès à des soins prénatals et post-natals peut contribuer à la forte incidence de naissances prématurées, de pré-éclampsies et d'autres complications. Dans un contexte de vulnérabilité multiples (précarité du logement, précarité administrative, prévalence plus élevée que les hommes de troubles psychiques graves, d'infections VIH et co-infections VHC VHB, de maladies cardiovasculaires et de cancers...), la grossesse et les soins de périnatalité constituent des périodes particulièrement à risque pour la femme et leur enfant.

Dans la recommandation générale no 26 (2008), le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes souligne que les femmes migrantes sont vulnérables face à la maladie, en particulier par rapport à la santé sexuelle et génésique. De plus, selon le Rapport Observatoire de MDM⁴⁹ en 2017, seules 18 % des femmes de 25 à 65 ans ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie, soit près de cinq fois moins qu'en population générale française. Le cancer du col de l'utérus est la localisation de cancer la plus touchée par les inégalités sociales. Il existe de nombreuses disparités sociales en matière de prévention et les obstacles au dépistage sont nombreux pour les personnes en situation de précarité : tous les ans, plus de 1 100 femmes décèdent de ce cancer en France, sachant que l'impact du niveau socio-économique a un effet sur la mortalité.

Les femmes ont des besoins spécifiques liés à des déterminants biologiques mais également des déterminants socio-économiques et culturels. Actuellement, les femmes représentent la majorité des personnes en situation de précarité⁵⁰, ce qui augmente leur vulnérabilité face à des inégalités socio-économiques et nécessitent la mise en place de dispositifs adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi, les besoins spécifiques du genre féminin amènent à penser un système de santé basé sur les spécificités du genre féminin afin de leur permettre de bénéficier de soins de qualité, adaptés à leurs besoins en santé physique, mentale et sociale.

⁴⁹ Médecins du Monde. (2017). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, consulté le 3 septembre 2019.

⁵⁰ Ibid.

Étude sur l'état de santé des femmes rencontrées par les équipes médico-psy de l'ADSF – Agir pour le Développement de la Santé des Femmes en 2018 :

Contexte général

L'ADSF – Agir pour le Développement de la Santé des Femmes⁵¹ est une association de santé dont l'objectif est d'aller à la rencontre des femmes en situation de précarité afin de leur permettre un meilleur accès à la santé. Entre 2018 et 2020, j'ai travaillé au sein de l'ADSF en tant qu'assistante de projet santé puis de référente médicale. C'est au cours de cette expérience humaine et professionnelle que j'ai pu réaliser une étude sur l'état de santé global (physique, mental, social) des femmes en situation de précarité. Afin d'aller vers ce public, l'équipe médico-psy assure quotidiennement des maraudes dans l'ensemble de l'île-de-France à l'aide d'un camion équipé en matériel médical.

En 2018, les équipes médico-psy de l'ADSF – Agir pour le Développement de la Santé des Femmes ont rencontré 927 femmes lors de maraudes et des permanences d'accueil au sein de l'association. Parmi les 927 femmes rencontrées, la **moyenne d'âge était de 34 ans** et, plus de la moitié des femmes rencontrées avaient moins de 32 ans. Les principaux pays d'origine des femmes rencontrées en 2018, par ordre de fréquence, étaient la **Côte d'Ivoire, le Nigéria, la Roumanie, le Congo (Brazzaville et RDC), le Mali, la France, la Guinée (Conakry et Bissau), le Cameroun, le Sénégal, le Maroc, la Mauritanie et l'Algérie**. Ces données sont représentées dans la figure ci-dessous :

⁵¹ <https://adsfasso.org/>

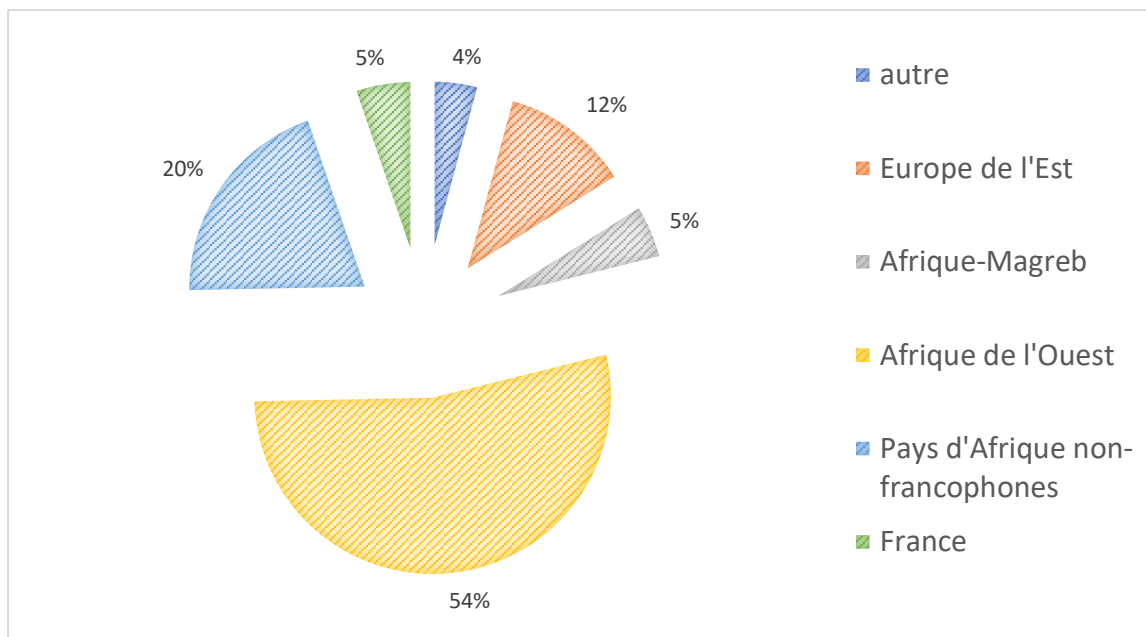


Figure 10. Principaux pays d'origine des femmes rencontrées en 2018

Plus de 32% des femmes rencontrées étaient « sans-papiers » et n'avaient aucune démarche en cours, soit, près d'un tiers de ces femmes sont donc en situation irrégulière.

En 2018, la plupart des difficultés exprimées par les femmes sont, par ordre de fréquence, liées à un problème de santé (86%), liées à un problème social et (46%) liées à la situation d'hébergement (26%).

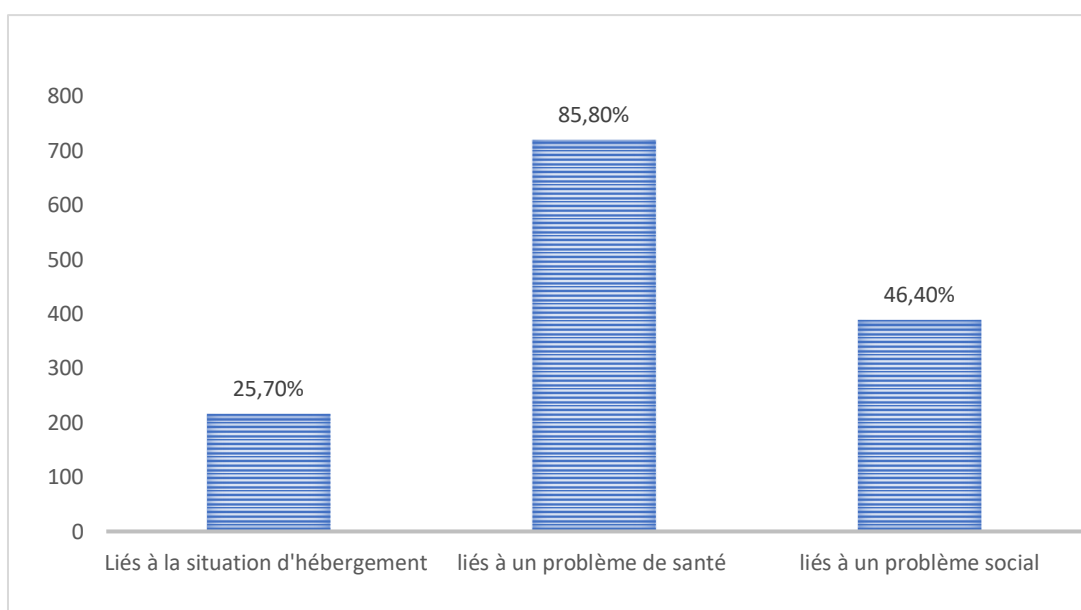


Figure 11. Difficultés exprimées par les femmes rencontrées

Contexte santé :

Les principaux problèmes de santé exprimés ou repérés des femmes rencontrées sont, par ordre de fréquence, liés au besoin d'avoir accès à un **dépistage et à la prévention** (41 %, dont la majorité pour un dépistage cancer du col de l'utérus), liés à des **troubles au niveau de l'appareil génital féminin** (34 %, dont la majorité concernent des troubles du cycle menstruel et des troubles d'ordre gynécologique), liés à des **troubles liés à la grossesse et planning familial** (22 %, dont la majorité expriment ne pas avoir de suivi de grossesse), liés au besoin de parler à un **psychologue** (22 %) et liés à **des douleurs ostéo-musculaires** (12 %). Parmi les femmes rencontrées, 10 % sont atteintes de maladies infectieuses et IST (dont principalement VIH), 8 % présentent des troubles digestifs et 7 % des troubles cardiovasculaires. Les autres problèmes de santé exprimés ou repérés sont liés à des troubles de l'appareil urinaire, à des troubles ophtalmologiques et dentaires, à des troubles du métabolisme, à des troubles rénaux, à des troubles dermatologiques ainsi qu'à des troubles hématologiques.

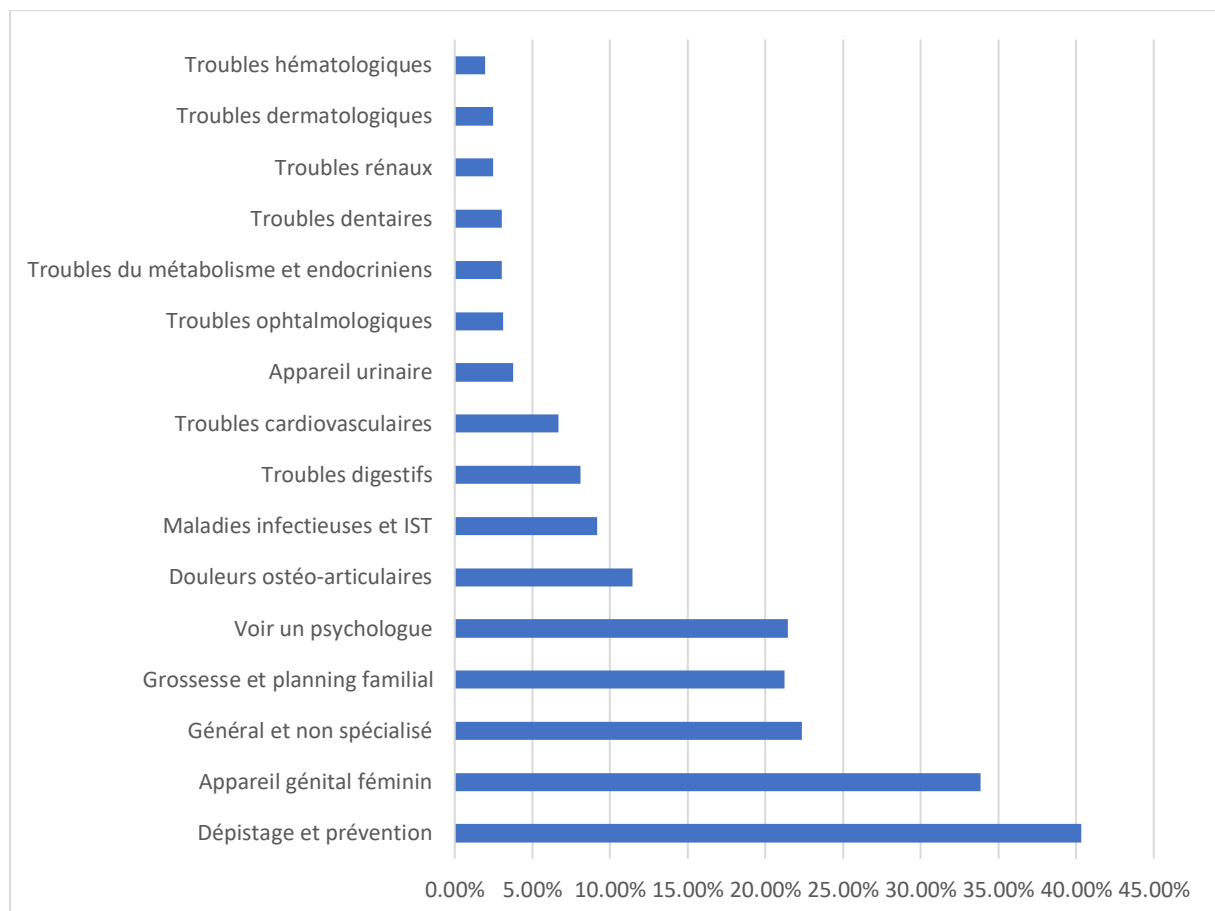


Figure 12. Prévalence des problèmes de santé exprimés ou repérés des 927 femmes rencontrées par l'ADSF

Problèmes de santé exprimés ou repérés des femmes rencontrées par l'ADSF en 2018	Prévalence pour l'ensemble des femmes rencontrées par l'ADSF (n total = 927)	
	n	%
Dépistage et prévention	374	40,35%
<i>dont dépistage cancer du col</i>	255	27,51%
<i>dont dépistage IST</i>	107	11,54%
<i>dont dépistage cancer du sein</i>	12	1,29%
Appareil génital féminin	314	33,87%
<i>dont trouble du cycle menstruel*</i>	118	12,73%
<i>dont trouble gynécologiques</i>	59	6,36%
<i>dont douleurs pelviennes</i>	39	4,21%
<i>dont complications mutilations sexuelles</i>	20	2,16%
<i>dont douleurs sein</i>	19	2,05%
<i>dont kyste ovarien</i>	18	1,94%
<i>dont fibromes</i>	15	1,62%
<i>dont infertilité</i>	14	1,51%
<i>dont dyspareunie</i>	7	0,76%
<i>dont kyste mammaire</i>	3	0,32%
<i>dont endométriose</i>	2	0,22%
Général et non spécialisé	207	22,33%
<i>dont troubles autres</i>	153	16,50%
<i>dont migraines et céphalées</i>	42	4,53%
<i>dont besoins de médicaments</i>	8	0,86%
<i>dont douleurs oreilles</i>	4	0,43%
Grossesse et planning familial	197	21,25%
<i>dont aucun suivi de grossesse</i>	77	8,31%
<i>dont désir grossesse</i>	53	5,72%
<i>dont suspicion grossesse</i>	32	3,45%
<i>dont désir contraception</i>	31	3,34%
<i>dont avortement, IVG</i>	2	0,22%
<i>dont inscription maternité</i>	2	0,22%
Voir un psychologue	199	21,47%
Douleurs ostéo-articulaires	106	11,43%
<i>dont douleurs dos</i>	44	4,75%
<i>dont douleurs jambes</i>	31	3,34%
<i>dont autres douleurs ostéo-articulaires</i>	18	1,94%
<i>dont rhumatismes</i>	8	0,86%
<i>dont douleurs thoraciques</i>	3	0,32%
<i>dont douleurs pieds</i>	2	0,22%
Maladies infectieuses et IST	85	9,17%
<i>dont VIH</i>	41	4,42%
<i>dont hép B</i>	15	1,62%
<i>dont hép C</i>	9	0,97%
<i>dont infections ORL</i>	9	0,97%
<i>dont tuberculose</i>	3	0,32%
<i>dont paludisme</i>	6	0,65%
<i>dont papillomavirus</i>	2	0,22%
Troubles digestifs	75	8,09%
<i>dont autres troubles digestifs</i>	57	6,15%
<i>dont reflux gastrique</i>	15	1,62%
<i>dont ulcère de l'estomac</i>	3	0,32%
Troubles cardiovasculaires	62	6,69%
<i>dont hypertension</i>	30	3,24%
<i>dont troubles cardiaques</i>	27	2,91%

<i>dont palpitation</i>	3	0,32%
<i>dont insuffisance veineuse</i>	2	0,22%
Appareil urinaire	35	3,78%
<i>dont infections urinaires</i>	23	2,48%
<i>dont incontinence urinaire</i>	12	1,29%
Troubles ophtalmologiques	29	3,13%
Troubles du métabolisme et endocriniens	28	3,02%
<i>dont diabète</i>	23	2,48%
<i>dont dysthyroïdie</i>	5	0,54%
Troubles dentaires	28	3,02%
Troubles rénaux	23	2,48%
Troubles dermatologiques	23	2,48%
<i>prurit</i>	23	2,48%
Troubles hématologiques	18	1,94%
<i>dont anémie</i>	11	1,19%
<i>dont lupus</i>	5	0,54%
<i>dont drépanocytose</i>	2	0,22%

Figure 13. Prévalence des problèmes de santé exprimés ou repérés des 927 femmes rencontrées par l'ADSF

Santé sexuelle et reproductive

En 2018, parmi les 927 personnes rencontrées, près de 13 % expriment le besoin de faire un dépistage d'infections sexuelles et transmissibles (IST). Sur les 182 personnes interrogées concernant la date de leur dernier dépistage, près de 60 % des femmes avaient effectué un dépistage des IST il y a moins d'un an et **plus du quart n'avait jamais effectué de dépistage**.

En 2018, parmi les 927 femmes rencontrées, **près de 60% d'entre elles n'utilisait pas de contraception**.

Parmi les 257 femmes ayant communiqué leur dernière date de dépistage du cancer du col de l'utérus, 35 % des femmes de 25 à 65 ans soit, plus d'un tiers, n'ont jamais fait de frottis au cours de leur vie et près de 12 % ont fait un frottis il y a plus de 3 ans. Donc, **près de la moitié des femmes ne sont pas à jour dans leur dépistage du cancer du col de l'utérus** et auraient besoin d'avoir accès au dépistage cancer du col de l'utérus.

Santé materno-infantile

En 2018, 10% des femmes rencontrées étaient enceintes et plus de la moitié exprimait le besoin de bénéficier d'un suivi de grossesse.

focus santé mentale :

Parmi les 927 personnes rencontrées 199 femmes expriment le besoin de parler à un psychologue, soit plus de 20%.

focus obstacles d'accès aux soins :

Difficultés administratives, financières et linguistiques

Parmi les 927 femmes rencontrées, 67% d'entre elles parlent français, cela est lié au fait que 61% d'entre elles sont originaires de pays francophones hors UE. Notons tout de même que, **plus d'un tiers des femmes rencontrées ne maîtrisent pas le français** et font face à des difficultés linguistiques.

Hébergement

Parmi les 927 femmes rencontrées, 49% sont « sans domicile fixe » (dispositif 115⁵², rue, bidonville ou centres d'hébergement d'urgence), soit près de la moitié des femmes rencontrées près d'un quart n'ont accès à aucune structure de mise à l'abri.

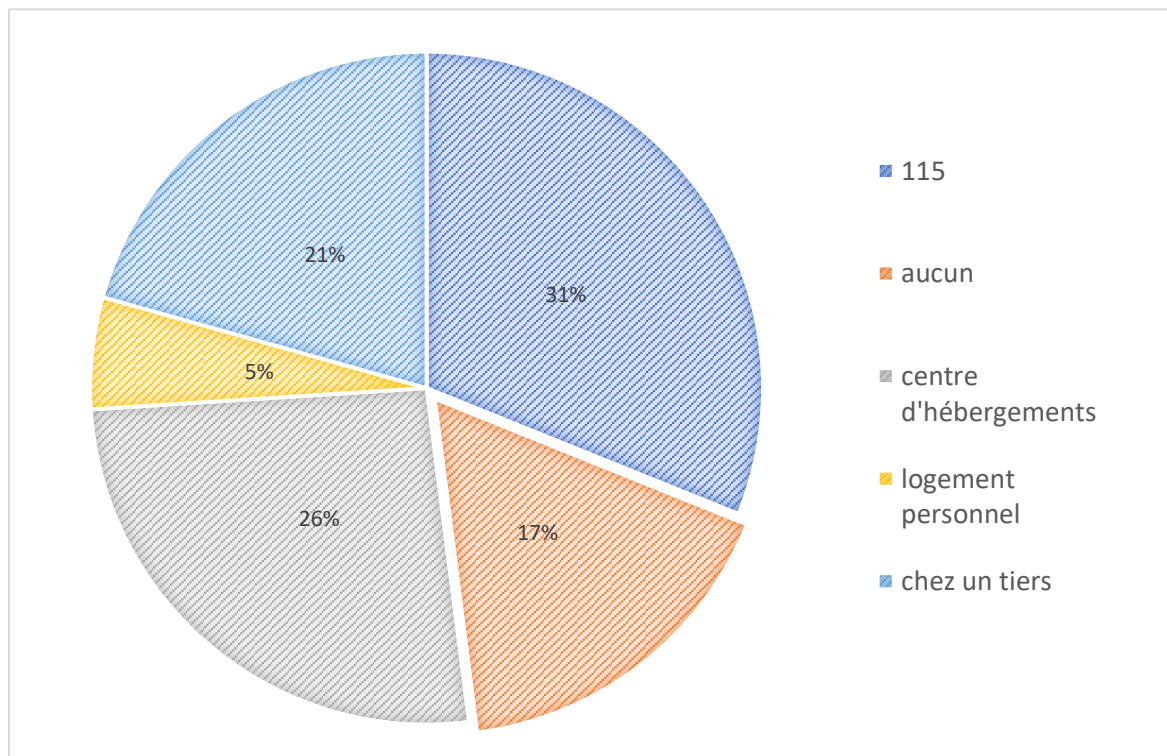


Figure 14. Hébergement des femmes « sans domicile fixe »

⁵² Le 115 est une Plate-forme de Premier Accueil. Il correspond au numéro d'Urgence Sociale destiné à tous les publics, y compris tout citoyen désireux de signaler une situation de détresse, ou tout partenaire social souhaitant une information ou un conseil, et ce, du 1er janvier au 31 décembre

Couverture maladie

Parmi les 927 femmes rencontrées, **près de 30 % ne disposent d'aucune protection maladie** et **11 % ont une « demande en cours »**. Parmi les femmes bénéficiant d'une protection maladie, **32 % ont la PUMA (cf chapitre 2)** et **23 % l'AME**.

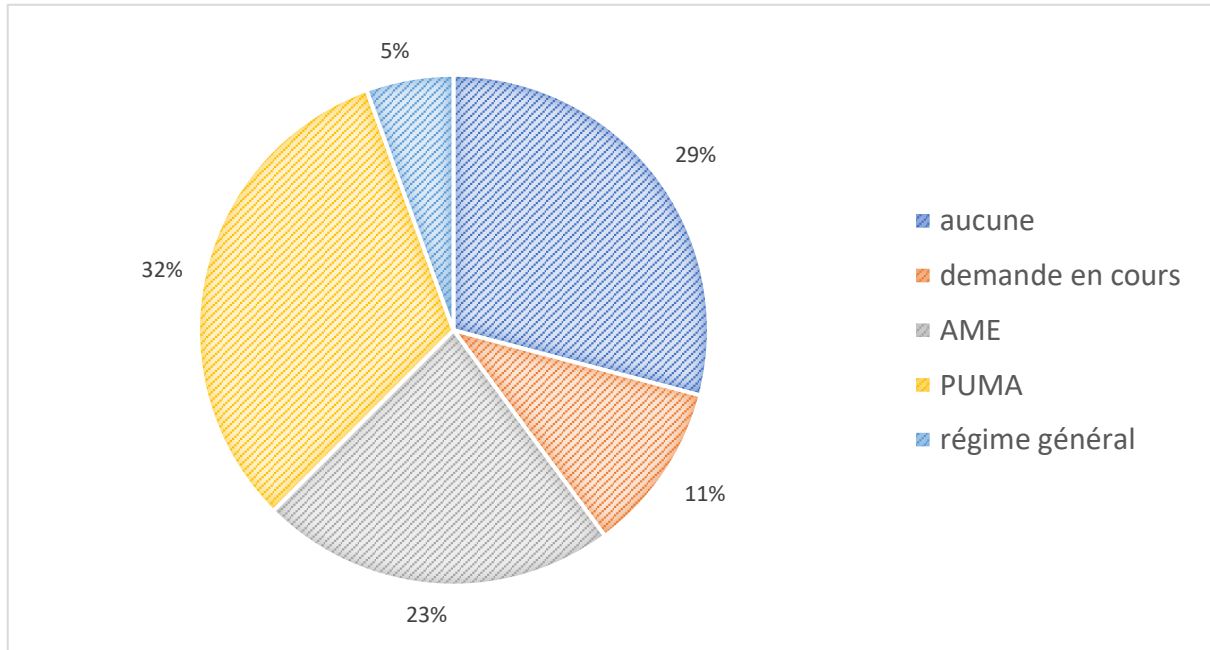


Figure 15. Protection maladie des femmes rencontrées par l'ADSF

focus renoncement aux soins et suivi médical :

En 2018, parmi les 927 femmes rencontrées près de la moitié assurent ne bénéficier d'aucun suivi médical et près de 7 % d'entre elles expriment le besoin d'avoir un suivi gynécologique.

Conclusion après analyse de ces 3 états des lieux de santé des personnes migrantes en situation de grande précarité :

Les personnes en situation de grande précarité et, particulièrement les femmes, se heurtent quotidiennement à des obstacles administratifs, culturels et linguistiques. La majorité d'entre elles sont en situation de grande précarité administrative et financière et sont en situation irrégulière de séjour, ce qui est intrinsèquement lié vu que ces facteurs déterminants de la santé influent les uns sur les autres.

Parmi les personnes migrantes en situation de grande précarité, plus des trois quarts n'ont pas de logement personnel, la plupart sont « *chez un tiers* » ou sont sans domicile fixe. Parmi les personnes SDF, plus de la moitié font appel au dispositif 115 afin d'être mises à l'abri pour la nuit. Le mal-logement a pourtant des conséquences lourdes sur la santé pour les personnes vivant à la rue, plus souvent affectées que les autres de troubles d'ordre psychologique, de pathologies digestives et dermatologiques.

Près de la moitié des personnes migrantes en situation de grande précarité rencontrées souffrent d'une pathologie chronique. Pourtant, la grande majorité d'entre elles n'a pas de suivi médical ni de suivi gynécologique et présente un retard au niveau du recours aux soins. Pour les femmes, la grande majorité n'a jamais effectué de frottis cervico-utérin dans le cadre du dépistage cancer du col de l'utérus et plus du quart ne sont pas à jour dans leurs dépistages d'IST. Pourtant le papillomavirus humain (PVH), qui est responsable du cancer du col de l'utérus, est l'infection virale la plus courante de l'appareil reproducteur. Nous pouvons également supposer qu'il en va de même pour le dépistage cancer du sein, qui est pourtant le cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde et représente 16% de l'ensemble des cancers féminins. On estime à 519 000 le nombre de femmes décédées en 2004 du cancer du sein. Malgré que le cancer du sein soit considéré comme une maladie du monde développé, la majorité (69 %) de l'ensemble des décès liés au cancer du sein surviennent dans les pays en développement⁵³.

Du fait de leur parcours d'exil, leurs conditions de vie et les violences qu'ils ont subies, nombreuses personnes migrantes en situation de grande précarité expriment le besoin de voir un psychologue et une majorité d'entre eux souffrent de psychotraumatismes et des symptômes associés (stress, anxiété, insomnies, troubles de la mémoire...). Par ailleurs, les femmes victimes de violences, les demandeurs d'asile ou les personnes seules ou vivant à la rue ont une prévalence plus élevée de troubles d'ordre psychologique.

⁵³ Organisation Mondiale de la Santé. L'état de santé du monde : nouvelle étude sur la charge mondiale de morbidité. <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/fr/> consulté le 4 octobre 2019.

Chapitre 2 : Les inégalités d'accès aux soins des migrants en situation de grande précarité en France

2.1. Réglementation et droits à la santé des migrants en situation de grande précarité en France

Le droit à la santé est un droit de l'Homme fondamental, quel que soit son statut juridique, le statut migratoire, en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966⁵⁴.

L'Assurance Maladie est un garant de la santé de tous. Elle a comme objectif de garantir l'accès aux droits, l'accès aux soins et l'accès à la prévention des populations fragilisées. Elle veille au capital santé de chacun. Pour permettre à tous de bénéficier de la prise en charge des frais de santé par l'Assurance Maladie, il existe deux dispositifs :

➔ la **Protection Universelle Maladie (PUMA)** pour toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière et qui peut être complétée par la Complémentaire Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) ou l'Aide au paiement de la Complémentaire Santé (ACS).

A noter que, depuis le 1er novembre 2019, la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) et l'Aide au paiement de la Complémentaire Santé (ACS) ont évolué pour devenir la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)⁵⁵.

➔ et l'**Aide Médicale de l'État (AME)** pour les étrangers en situation irrégulière en France et sans ressources justifiant d'une présence de plus de 3 mois sur le territoire français.

⁵⁴ World Health Organization (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311348/9789289053785-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 23 avril 2019.

⁵⁵ AMELI. Entrée en vigueur de la Complémentaire santé solidaire. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/entree-en-vigueur-de-la-complementaire-sante-solidaire>, consulté le 20 mars 2020.

2.1.1. Histoire de l'Aide Médicale d'État et de la PUMA

2.1.1.1. *De la première assistance médicale gratuite à la première fracture entre l'assistance et la Sécurité sociale...*

Dès 1893, est créée la première loi permettant aux malades « les plus pauvres » de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé : c'est la loi du 15 juillet 1893 qui donna naissance à l'Assistance Médicale Gratuite (AMG). Après la seconde guerre mondiale, les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 ont permis la création d'une organisation : la Sécurité sociale.

La Sécurité sociale fusionne alors toutes les anciennes assurances (maladie, retraite...) et garantit à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Jusqu'à cette période, les personnes migrantes ou étrangères en situation irrégulière bénéficiaient de la couverture santé de droit commun dans les mêmes conditions que celles des Français.

Cependant, en 1953, le décret 53-1186 relatif à la réforme des lois d'assistance a pour objectif de remettre en ordre un système d'assistance devenu confus. Pour réformer l'assistance, l'aide médicale aux plus démunies est alors remise aux mains de l'État⁵⁶, créant ainsi une fracture entre l'assistance (qui dépend de l'État) et le système de santé (qui dépend de la Sécurité sociale), l'un visant les Français et l'autre « *les plus pauvres* ».

2.1.1.2. *Naissance d'un système dualiste...*

C'est en 1993, lors de la « loi Pasqua » sur l'immigration, qu'une nouvelle condition apparaît : la régularité du séjour⁵⁷ tant pour les bénéficiaires de l'assurance maladie que ceux de l'aide médicale. Jusqu'à la Loi 93-1027 du 24 août 1993, aucun titre de séjour n'était exigé pour être affilié à la sécurité sociale⁵⁸. Suite à la loi Pasqua, la condition de régularité de séjour est donc introduite dans le système de soins français pour bénéficier de l'assurance maladie. En conséquence, cette loi a supprimé le droit à la protection sociale pour les sans-papiers.

⁵⁶ Unafo, Odti. (2016). La protection sociale des étrangers en France. https://www.gisti.org/IMG/pdf/unafo-analyse_juridique_protection-toweb.pdf, consulté le 20 mars 2020.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

Par la suite, la loi 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la création de la Couverture maladie universelle (CMU) devait, à l'origine, supprimer l'aide médicale et rassembler tous les résidents de France dans une seule et même protection maladie « universelle » et égale pour tous : la CMU. Mais l'Assurance Maladie a fait obstacle à cette loi en demandant le maintien de l'exigence de la régularité de séjour, ce qui a conduit à la création, en parallèle de la CMU, d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en situation de séjour irrégulier : l'Aide médicale d'État (AME)⁵⁹.

Le principe de protection maladie est basé sur l'égalité de traitement entre les ressortissants français et les résidents étrangers pourtant, il s'inscrit dans un système dualiste où l'accès à la protection sociale se différencie entre personnes en situation régulière ou irrégulière. Cette différence entraîne plusieurs conséquences pour ses bénéficiaires, tout d'abord ils n'ont pas les mêmes droits que ceux dont bénéficient les assurés sociaux : ils relèvent d'une procédure d'immatriculation spécifique qui ne donne pas lieu à l'édition d'un numéro de sécurité sociale définitif, ils ne disposent pas de carte Vitale et ont accès à un panier de soins diminué de plusieurs prestations⁶⁰. De plus, le maintien de ce dispositif dérogatoire et moins protecteur, conduit à l'émergence de difficultés spécifiques liées au traitement « à part » réservé à ces dossiers. Cette différence au sein du dispositif de protection maladie impacte à la fois les bénéficiaires et les professionnels de santé car cela entraîne un surcoût administratif et financier, lui-même à l'origine de pratiques de refus de soins discriminatoires. L'AME n'est pas une prestation de sécurité sociale mais une prestation d'aide sociale, c'est pourquoi elle conserve au sein du dispositif français de protection maladie un statut à part.

En 2016, la couverture maladie universelle (CMU), lancée en 1999 devient la Protection Universelle Maladie (PUMA). Elle accorde des droits continus – et non plus limités dans le temps – à toute personne travaillant et résidant en France de façon stable.

⁵⁹ Conseil National de Lutte contre l'Exclusion. (2019). De 1893 à 1999 : De l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'Etat (AME) en passant par l'Aide médicale départementale (AMD). <https://www.cnle.gouv.fr/de-1893-a-1999-de-l-assistance.html>, consulté le 18 mars 2020

⁶⁰ Défenseur des droits de l'homme. (2019). Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf, consulté le 18 mars 2020.

Initiée par la loi n° 2015-1702⁶¹ de financement de la sécurité sociale pour 2016, la réforme de la prise en charge des frais de santé vise à remédier aux situations de rupture de droit ou à garantir la continuité des droits afin d'éviter des changements de régime pénalisant les assurés sociaux et coûteux en matière de gestion. Elle marque la suppression des prestations en nature des assurances sociales en matière de maladie-maternité ainsi que celle de la notion d'ayant droit majeur : la protection n'est plus associée à la qualité d'assuré social mais à celle de personne « travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière ». Elle remet donc en cause le principe d'affiliation à un régime pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé : elle devient une garantie universelle. Par ailleurs, la création de la protection universelle maladie (PUMA) met fin à la Couverture maladie universelle de base (CMU-B) qui n'était assurée que par le régime général. A l'avenir, tous les régimes d'assurance maladie pourront faire bénéficier leurs ressortissants de la PUMA.

Actuellement, il existe donc deux dispositifs de protection maladie destinés à aider les personnes migrantes ou étrangères en situation de grande précarité et accessibles selon leur statut juridique : la Protection Universelle Maladie (PUMA) en cas de situation régulière et l'Aide Médicale d'État (AME) en cas de situation irrégulière.

⁶¹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031663208&fastPos=1&fastRegId=1827536621&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

2.1.2. Les droits en santé des personnes migrantes en situation irrégulière ou « sans-papiers » : la prestation sociale d'Aide Médicale d'État (AME)

Créée en 1999 lors de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, l'Aide Médicale de l'État (AME) est une prestation d'aide sociale de l'État dont la gestion est déléguée à l'Assurance Maladie⁶². Elle s'inscrit dans le cadre de la lutte contre l'exclusion. Le premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles donne une définition législative de l'aide médicale d'État : « *Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'État* ».

L'AME est « *destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation précaire et irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources* »⁶³. La prestation est financée par le budget de l'État, qui en rembourse théoriquement le montant intégral (hors coûts de gestion) à l'Assurance maladie. En matière budgétaires, l'aide médicale d'État constitue une action du programme 183 « Protection maladie » relevant de la mission « Santé ». Elle ouvre le droit à la prise en charge à 100 % des soins avec dispense d'avance de frais. Ses bénéficiaires ne sont pas soumis aux dispositifs du médecin traitant (parcours de soins coordonnés), ce qui est à l'origine d'une fracture dans la continuité des soins voir, parfois, à un retard de soin allant parfois jusqu'au renoncement aux soins (*cf chapitre 2.b*).

Le fait que l'AME soit mentionnée dans le code de l'action sociale et des familles et non dans le code de la sécurité sociale résulte de la considération que l'aide médicale de l'État, contrairement à la protection maladie de droit commun qui répond à une logique contributive, est une prestation d'aide sociale : ses bénéficiaires ne sont pas considérés par le

⁶² <https://www.ameli.fr/>

⁶³ AMELI. En situation irrégulière – AME. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>, consulté le 18 mars 2020.

législateur comme des assurés sociaux. À ce titre, les bénéficiaires de l'AME ne disposent pas d'une carte vitale mais d'une carte AME avec photographie, dénuée de puce électronique. Souvent désignée au singulier, l'aide médicale d'État (AME) recouvre en réalité 3 dispositifs :

- **l'AME de droit commun**, qui assure la couverture des soins des personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois de façon ininterrompue et remplissant des conditions de ressources identiques à celles fixées pour l'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMUc et ACS). Financièrement à la charge de l'État, l'AME de droit commun est gérée par l'assurance maladie. Il convient de préciser que l'AME de droit commun ne concerne pas les demandeurs d'asile qui eux ont accès à la Protection Universelle Maladie (PUMA) et la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) sur présentation de leur récépissé de demande d'asile ;

- **l'AME pour soins urgents** concerne les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour bénéficier de l'AME de droit commun et nécessitant des soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître »⁶⁴. Ces soins sont pris en charge par l'assurance maladie, qui reçoit une subvention forfaitaire de l'État fixée à 40 millions d'euros depuis plusieurs années ;

- **l'AME dite « humanitaire »**, accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (personnes étrangères en situation régulière ou françaises) par décision individuelle du ministre compétent. Ce dispositif de prise en charge, qui n'a pas le caractère d'un droit pour les personnes soignées, représente chaque année moins d'une centaine d'admissions pour soins hospitaliers.

Au cours de cette thèse, sera abordée uniquement l'Aide Médicale d'État de droit commun.

⁶⁴ Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

2.1.2.1. Quelles sont les personnes concernées par l'AME ?

Cette protection santé s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire. Si le bénéficiaire de l'AME a des personnes à charge, elles peuvent, elles aussi, bénéficier de l'AME. Ces personnes peuvent être :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs ;
- ses enfants à charge (moins de 16 ans, au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

2.1.2.2. Quelles sont les conditions d'attribution de l'AME ?

1. La personne doit **justifier de son identité** : *passport indiquant la date d'entrée en France, carte nationale d'identité, extrait d'acte de naissance ou livret de famille, copie d'un ancien titre de séjour ou tout autre document attestant de l'identité de la personne ou celle des personnes à sa charge.*

2. La personne doit **justifier de la stabilité de résidence**, c'est-à-dire résider de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois : *visa, tampon figurant sur le passeport avec la date d'entrée en France, contrat de location ou quittance de loyer, facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe, avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu, taxe foncière, taxe d'habitation, si la personne est hébergée à titre gratuit par une personne physique : une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe établie au nom de l'hébergeant ;*

ou, si la personne est hébergée dans un centre d'hébergement ou de réinsertion sociale : une attestation d'hébergement établie par le centre ;

ou, si la personne est sans domicile fixe : une attestation de domiciliation établie gratuitement par un organisme agréé (par exemple, auprès d'un centre communal d'action sociale ou d'une association agréée) ;

ou tout autre document prouvant que cette condition est remplie : par exemple, un document d'un organisme privé à vocation sanitaire ou sociale datant de plus de 3 mois (notification de refus de demande d'asile, date d'inscription scolaire des enfants, etc.).

3. La personne doit **remplir les conditions de ressources**

Pour bénéficier de l'AME, les ressources des bénéficiaires ne doivent pas dépasser un certain plafond qui est défini en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence. Ces conditions de ressources sont les mêmes que pour l'obtention de la Complémentaire santé solidaire (ex CMUc et ACS) :

Nbre de personnes	Plafond Complémentaire santé solidaire sans participation financière/AME	
	Annuel	Mensuel*
1	9 032	753
2	13 547	1 129
3	16 257	1 355
4	18 966	1 581
5	22 579	1 882
Par personne en +	+ 3 612,62	+ 301,08

Figure 16. Plafond de la complémentaire santé et de l'Aide médicale d'État d'après le site du Gouvernement⁶⁵

Les ressources prises en compte pour l'admission à l'AME sont celles des 12 mois qui précèdent la demande des futurs bénéficiaires. Il faudra alors que les ayants-droits déclarent l'ensemble des ressources perçues, qu'elles soient imposables ou non, qu'elles aient été perçues en France et/ou dans un pays étranger, pour chaque membre du foyer.

À défaut de pouvoir présenter de pièces justificatives des ressources perçues, il faudra rédiger une déclaration sur l'honneur à joindre au formulaire de demande. En effet, de nombreux « sans-papiers » travaillent sans être déclarés par leur employeur, sans contrat de travail et ne peuvent donc pas justifier leurs ressources perçues.

2.1.2.3. Où et comment faire la demande d'AME ?

Pour faire la demande d'AME, la personne doit remplir le **formulaire d' « Aide médicale de l'État – demande d'admission »** (cf annexe 4). Ce dossier sera ensuite à transmettre, accompagné des pièces justificatives, à la caisse maladie du lieu de résidence du demandeur.

⁶⁵ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>

Cependant, de nombreux « sans-papiers » et demandeurs d'asile n'ont pas de résidence, ils doivent alors justifier de leur domiciliation qui correspond à l'adresse administrative et fiscale à laquelle tous les courriers sont envoyés. Le formulaire de demande d'admission à l'AME peut être donné soit par l'Assurance Maladie, soit téléchargeable sur internet sur la page dédiée du site AMELI⁶⁶.

Parmi les « sans-papiers » et les demandeurs d'asiles, nombreux sont ceux qui ne savent pas écrire ou lire le français. De plus, la complexité des démarches administratives apparaît comme un frein à leurs demandes de prestations sociales. C'est pourquoi, afin de faciliter la demande d'admission à l'AME, toute personne peut demander une assistance à la constitution et/ou à la transmission de son dossier de demande d'AME auprès de certains organismes habilités : Centre communal d'action sociale de sa ville, services sanitaires et sociaux, associations agréées ou un établissement de santé. Ces organismes doivent transmettre le dossier de la personne concernée à la caisse d'assurance maladie sous un délai de 8 jours. Cependant, du fait de la saturation des dispositifs d'aide aux migrants (associations d'aide juridique, associations de santé, permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux publics, centres médico-sociaux...), il n'est pas chose facile pour les personnes en situation de grande précarité de trouver assistance pour la constitution du dossier.

En cas d'acceptation de la demande, le bénéficiaire sera convoqué pour retirer auprès de sa caisse d'assurance maladie sa carte d'admission à l'AME, sur laquelle figurera sa photo. La carte AME lui permettra de faire valoir ses droits auprès des professionnels de santé et de bénéficier de la dispense d'avance de frais. Il est important de noter que l'admission à l'AME ne permet d'obtenir ni carte Vitale ni carte européenne d'assurance maladie.

L'AME est accordée pour une durée d'un an à compter de la date de dépôt de la demande même si le dossier est incomplet, mais en cas d'hospitalisation l'AME peut être accordée au jour d'entrée dans l'établissement de santé ou à la date du début des soins, en cas d'urgence

⁶⁶ AMELI. En situation irrégulière – AME. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>, consulté le 18 mars 2020.

vitale. Dans ce cas, la demande d'AME doit être déposée sous trente jours à compter de la date de l'hospitalisation ou de la délivrance des soins.

L'AME peut être reconduite chaque année tant que les conditions sont remplies. Attention, ce renouvellement n'est pas automatique : le bénéficiaire devra déposer une nouvelle demande d'AME dans les deux mois précédant l'expiration de ses droits.

2.1.2.4. *Quelles prestations de soins prend en charge l'AME ?*

Les droits à l'AME sont accordés pendant un an et prennent effet à la date de dépôt du dossier. L'AME donne droit à la prise en charge à 100% du tarif de responsabilité, des soins médicaux et hospitaliers, en cas de maladie ou maternité. Le titulaire de l'AME bénéficie donc de l'exonération du ticket modérateur et de la dispense d'avance des frais pour :

- Les soins médicaux et dentaires
- Les médicaments remboursés à 100%, 65% ou 30 %
- Les frais d'analyses
- Les frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale
- Les frais inhérents à la contraception, IVG
- Les frais d'examen prénuptial
- Les frais de transport
- Les frais afférents à certaines vaccinations et dépistages
- Les soins liés à l'assurance maternité

Les bénéficiaires de l'AME **bénéficient donc d'une prise en charge à 100 % pour un panier de soins comparable à celui des assurés sociaux, à l'exception de :**

Quatre restrictions relativement symboliques :

- **médicaments à faible service médical rendu remboursés à 15 % ;**
- **médicaments princeps dès lors qu'un générique existe ;**
- **procréation médicalement assistée ;**
- **cures thermales.**

Une restriction plus conséquente :

- les **lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses** qui sont prises en charge à hauteur de la part obligatoire, très inférieure au coût réel, alors qu'elles sont prises en charge à 100 % pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Le titulaire de l'AME est également exonéré du forfait journalier, de la participation forfaitaire et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Pour les mineurs, les frais médicaux restent pris en charge à 100 % dans tous les cas.

2.1.2.5. *Facturation de l'AME pour les pharmaciens d'officine*

Un patient en AME n'a pas de carte vitale. Lors de la présentation de l'ordonnance prescrite par un professionnel de santé par le patient, le pharmacien devra donc effectuer une création manuelle du dossier patient ainsi qu'une **facturation uniquement en mode dégradé**⁶⁷.

Les factures subrogatoires sont transmises à la Sécurité Sociale, **les bénéficiaires de l'AME sont affiliés à un centre spécial.** Tout le remboursement est fait au titre du régime complémentaire (RC), le montant régime obligatoire (RO) est nul. Un décret du JO du 5 février 2015 stipule que les bénéficiaires de l'AME majeurs ne disposent plus de la prise en charge des médicaments à service médical rendu faibles. Les PH2 ne doivent donc plus apparaître sur les FSE. Si le patient souhaite les obtenir, il doit les régler. Pour les enfants mineurs, la facturation reste inchangée, les médicaments PH2 restent remboursés. Afin de rentrer une carte d'AME correctement sur les logiciels de facturation pharmaceutiques et de réussir la télétransmission des factures liées aux patients bénéficiaires de l'AME à l'Assurance Maladie, voici quelques informations essentielles qui permettront de réussir la télétransmission des factures à l'Assurance Maladie.

⁶⁷ Le flux dégradé est un mode de télétransmission qui permet aux patients et aux professionnels de santé des remboursements accélérés.

Les droits AME correspondent à la période de validité des droits AME pour son ou ses bénéficiaires. Le code régime correspond au code de la caisse d'assurance maladie dont le bénéficiaire dépend.

Les Codes contrats correspondent aux différents types de demande d'admission à l'AME par le bénéficiaire :

- 04 – code utilisé lors d'une demande initiale, et si l'AME est maintenue sans interruption de durée supérieure à un mois
- 05 – code utilisé lors d'une nouvelle demande d'admission à l'AME, et si celle-ci intervient plus d'un mois après la précédente admission
- 06 – code utilisé lors d'une nouvelle demande d'admission à l'AME, et si celle-ci intervient plus d'un mois après la précédente admission avec un code contrat 05.

Le Numéro mutuelle correspond au **numéro unique de mutuelle AME, qui est le : 7550001 7.**



Figure 17. Exemple de carte d'admission à l'Aide Médicale d'État (AME)

2.1.3. Les droits en santé des personnes migrantes en situation régulière : La Protection Universelle Maladie (PUMA) et la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

La Protection Universelle Maladie (PUMA) a remplacé la Couverture Maladie Universelle (CMU) lors de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 (loi n° 2015-1702 du 21/12/2015).

Suite à cette loi, une importante réforme de la protection maladie est instaurée : à compter du 1^{er} janvier 2016, la Protection universelle maladie (PUMA) remplace la Couverture Maladie Universelle dans un objectif de simplification et d'universalisation du système. Deux décrets parus au JO du 31 décembre 2015 en précisent les modalités d'application (décrets n° 2015-1865 et 2015-1882). Avant le 1^{er} janvier 2016, l'affiliation à la CMU se faisait soit sur critères socioprofessionnels, soit en qualité d'ayant droits, soit sur critère de résidence.

Au 1^{er} janvier 2016, les deux critères d'affiliation (socioprofessionnel et résidence) se fondent dans un même dispositif : la PUMA, avec pour objectif de permettre l'accès au remboursement des soins, sans que le changement de situation professionnelle, familiale ou de résidence n'affecte ce droit. La PUMA est destinée à permettre l'accès à l'assurance maladie obligatoire, qui est également couramment appelée la « sécurité sociale », à toutes les personnes séjournant en France de manière régulière (demande d'asile en cours, statut de réfugié, protection subsidiaire, ressortissant de l'UE...). L'enjeu de cette réforme est donc de **permettre l'accès au remboursement des soins, sans que le changement de situation familiale, de résidence ou professionnelle n'affecte ce droit.**

Cependant, selon le nouvel article L. 161-15-1 du code de la Sécurité sociale, si la personne cesse de remplir la condition de résidence, c'est-à-dire qu'elle ne répond plus à la condition de régularité de séjour en France ou de stabilité de résidence sur le territoire français, de fait elle ne pourra plus bénéficier de la PUMA. Dans leurs rédactions antérieures à la réforme à la PUMA, les articles L.161-8 et R.161-3 du CSS prévoyaient que les droits à l'assurance maladie étaient maintenus à compter de la perte de l'une des conditions permettant l'ouverture de ces droits comme, par exemple, la perte du droit au séjour, pendant une durée d'un an

(anciennement quatre ans avant 2007). Avant la réforme de la PUMA, la seule condition qui interrompait immédiatement les droits à l'assurance maladie était le transfert de la résidence hors de France, pour les Français comme pour les étrangers. Or, dans sa nouvelle rédaction telle qu'issue de la réforme PUMA, l'article L.161-8 du CSS ne prévoit ce maintien des droits que pour les seules prestations en espèces, c'est-à-dire les indemnités journalières.

Cette nouvelle condition a entraîné des ruptures de droits de santé et donc des ruptures de soins pour les personnes migrantes qui ont perdu leur droit au séjour sur le territoire français. Le Rapport du Défenseur des droits explique d'ailleurs que « *dans un contexte de précarisation du droit au séjour, de nombreux étrangers sont en effet contraints d'engager des démarches en vue du renouvellement de leur titre tous les ans voire plusieurs fois par an. Il arrive ainsi qu'ils se trouvent momentanément sans preuve de leur droit au séjour, soit du fait de la saturation de certains services préfectoraux, notamment en lien avec la dématérialisation des procédures, soit du fait de pratiques administratives illégales telles que celles consistant à délivrer, en lieu et place de récépissés de renouvellement de titres, de simples convocations ou rendez-vous, fixés parfois après la date d'échéance du titre. Sans maintien de leurs droits à l'assurance maladie au-delà de la durée de validité de leur titre de séjour, les étrangers concernés par ces difficultés risquaient donc de subir des alternances répétées entre l'assurance maladie et l'AME avec pour conséquence, non seulement de nuire à la continuité des soins* »⁶⁸.

In fine, la protection universelle maladie, créée par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, poursuit 4 objectifs principaux :

- **Simplification des droits** pour les assurés ;
- **Assurer la continuité des droits** à la prise en charge des frais de santé ;
- **Réduire au strict nécessaire les démarches administratives** ;
- **Garantir davantage d'autonomie et de confidentialité** à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.

⁶⁸ Défenseur des droits de l'homme. (2019). Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf, consulté le 14 avril 2020.

Avant le remplacement de la CMU par la PUMA, pour bénéficier de la prise en charge par l'Assurance Maladie des frais de santé, les bénéficiaires devaient remplir certaines conditions. Par exemple, les salariés devaient justifier avoir travaillé suffisamment pour vous ouvrir leurs droits ; les personnes sans emploi pouvaient avoir droit à l'assurance maladie soit en tant qu'ayant droit d'un assuré, soit au titre du maintien de leurs droits antérieurs, soit en demandant chaque année la CMU de base. Ces règles nécessitaient d'avoir à effectuer un certain nombre de démarches administratives pour que les bénéficiaires fassent valoir leurs droits à la prise en charge des frais de santé et pouvaient, éventuellement, causer des ruptures dans leurs droits lors de changements de situation professionnelle ou familiale.

Selon la CNAMTS, « *La protection universelle maladie parachève ainsi la logique initiée par la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999, qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire* ».

2.1.3.1. *Quelles sont les personnes concernées par la PUMA ?*

La PUMA concerne **toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière**. Elle assure la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

2.1.3.2. *Quelles sont les conditions d'attribution de la PUMA ?*

Depuis le 1er janvier 2016, avec la protection universelle maladie (PUMA), toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé.

De ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées :

- Les salariés (et assimilés) n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte ;
- Les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, micro-entrepreneurs...) ont également droit à la prise en charge de leurs frais de santé dès le début de leur activité professionnelle ;
- Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

Donc, les conditions actuelles d'attribution de la PUMA sont :

1. Résider en France de manière régulière : Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour.
Les migrants en cours de demande d'asile ont donc le droit de bénéficier de la PUMA.

2. Résider en France de manière stable : Il faut résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

A noter, qu'il y a certaines exception à la condition de stabilité de la résidence. C'est le cas pour les personnes en demande d'asile : Selon l'article D. 160-2 du code de la sécurité sociale, *Les personnes reconnues réfugiées ou bénéficiaires de la protection subsidiaire ou enregistrées par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues par les articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile* peuvent être exonérées du délai de trois mois de résidence en France.

2.1.3.3. Où et comment faire la demande de PUMA ?

Pour faire la demande d'affiliation à l'assurance maladie, la personne doit remplir le formulaire de « demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » (*cf annexe 5*). Ce dossier sera ensuite à transmettre, accompagné des pièces justificatives, à la caisse maladie

du lieu de résidence du demandeur. Le formulaire de demande d'affiliation à l'assurance maladie peut être donné soit par l'Assurance Maladie, soit téléchargeable sur internet sur la page dédiée du site AMELI⁶⁹.

Afin de bénéficier de la PUMA, 2 types de justificatifs sont à fournir (de nationalité et de situation). Le schéma réalisé par AMELI (*cf ci-dessous*) schématise bien selon la situation des demandeurs les justificatifs à fournir :



⁶⁹ AMELI. En situation irrégulière – AME. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>, consulté le 18 mars 2020.

...ET SELON VOTRE SITUATION

VOUS AVEZ DES REVENUS PERSONNELS



Vous avez fait une déclaration de revenus l'année passée

Photocopie de l'**avis d'impôt** ou de l'**avis de situation déclarative à l'impôt**

ou



Vous exercez une activité professionnelle

Photocopie du **dernier contrat de travail** ou du **bulletin de paie**

ou




Vous percevez : le minimum vieillesse, l'ASP, l'allocation de veuvage, l'allocation supplémentaire d'invalidité

Photocopie de **pièces justifiant de cette situation (titre de pension...)**

VOUS N'AVEZ PAS DE REVENUS PERSONNELS



Vous avez une adresse personnelle


Vous devez justifier de **6 mois de résidence en France** sur les 12 derniers mois 

Photocopie des **quittances de loyer**, des **factures d'hôtel**, des **factures d'électricité** ou de **gaz**

ou



Vous êtes hébergé par un particulier


Vous devez justifier de **6 mois de résidence en France** sur les 12 derniers mois 

Photocopie du **dernier avis d'impôt** ou des **quittances de loyer de l'hébergeur** ET une **pièce d'identité** + une **attestation d'hébergement de l'hébergeur**

ou



Vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement ou domicilié auprès d'un organisme agréé (Emmaüs, Secours populaire, ...)

Vous devez justifier de **6 mois de résidence en France** sur les 12 derniers mois 

Photocopie du **certificat d'hébergement de ce centre** ou d'une **attestation de domiciliation établie par cet organisme**

2.1.3.4. Quelles prestations de soins prend en charge la PUMA ?

La PUMA prend en charge la part obligatoire de vos frais de santé (y compris à l'hôpital). La figure ci-dessous schématise comment est réparti le remboursement d'une consultation chez le médecin traitant pour les bénéficiaires de la PUMA :



Figure 18. Exemple du remboursement d'une consultation chez le médecin traitant, d'après le Site du Gouvernement⁷⁰

2.1.3.5. La complémentaire santé solidaire (CSS)

Le 1er novembre 2019, dans la lignée des mesures de simplification des démarches et de diminution du taux de renoncement aux soins, la **Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)** a été élargie aux bénéficiaires actuels de l'aide à la complémentaire santé (ACS) pour former la **Complémentaire santé solidaire (CSS)**. Cette extension constitue un réel progrès pour l'accès aux soins des populations disposant de faibles ressources qui résident en France de façon stable et régulière. Elle devrait contribuer à la diminution du non-recours aux soins, alors que celui-ci concerne d'abord les personnes modestes et celles ne disposant pas de complémentaire santé.

⁷⁰ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>

La CSS donne le droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) de ses bénéficiaires. Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. De plus, pour faciliter l'accès aux soins, elle permet la dispense d'avance des frais ou tiers payant. La figure ci-dessous schématise comment est réparti le remboursement d'une consultation chez le médecin traitant pour les bénéficiaires de la PUMA et de la CSS :



Figure 19. Exemple du remboursement d'une consultation chez le médecin traitant, d'après le Site du Gouvernement⁷¹

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, il faut remplir deux conditions :

- 1- **Bénéficiaire de la prise en charge de vos frais de santé par l'Assurance maladie,**
- 2- **Les ressources prises en compte, qui sont celles des douze derniers mois ne doivent pas dépasser un certain plafond.** Ce plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

⁷¹ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>

La Complémentaire santé solidaire permet :

- de ne pas avoir à payer les sommes restant habituellement à la charge de l'assuré ainsi que les dépassements de tarifs pour les frais les plus courants relatifs aux lunettes, prothèses dentaires et prothèses auditives, à concurrence d'un certain montant,
- de ne pas avoir à faire l'avance des frais lors de vos consultations chez le médecin, à la pharmacie pour vos médicaments sur prescription, au laboratoire d'analyses médicales pour vos analyses sur prescription, etc.

La complémentaire santé prend en charge :

- La part complémentaire de tous les soins remboursables par l'assurance maladie (consultations, médicaments, hospitalisations...);
- Une paire de lunettes tous les deux ans ;
- Les prothèses dentaires et les traitements orthodontiques dans la limite des tarifs fixés pour la Complémentaire santé solidaire ;
- Les aides auditives et les dispositifs médicaux.

Afin de bénéficier de la CSS, les demandeurs doivent remplir le formulaire qui devra ensuite être adressé avec les pièces justificatives à la caisse d'assurance maladie du régime d'affiliation de l'assuré. La figure suivante résume ce qu'est la CSS :

Comment la Complémentaire santé solidaire vous aide-t-elle ?

Avec la Complémentaire santé solidaire, vous ne payez pas :



le médecin



le dentiste



l'infirmier



le kinésithérapeute



l'hôpital



vos médicaments

Et vous ne payez pas dans la plupart des cas :



vos prothèses
dentaires



vos lunettes



vos prothèses
auditives



vos dispositifs
médicaux



Attention

Le médecin ne peut pas vous demander de dépassement d'honoraires sauf si vous avez des demandes particulières, comme des visites à domicile non justifiées.

Qui peut demander la Complémentaire santé solidaire ?

Pour demander la Complémentaire santé solidaire, vous devez :

bénéficier
de l'assurance maladie



ne pas dépasser la limite
maximum de ressources



Conception : D&WIT

Figure 20. La complémentaire santé solidaire (CSS), d'après le site d'AMELI⁷²

⁷² AMELI. Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire et comment ? <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>, consulté le 18 avril 2020.

2.1.3.6. La PUMA et la demande d'asile

En rappel, quelques définitions de la demande d'asile selon AMELI : « *Le droit d'asile est le droit de résider dans un pays pour y être protégé dans son intégrité physique. Les personnes qui sont accueillies en France au titre de l'asile peuvent avoir le statut de réfugié ou bénéficier de la protection subsidiaire. Le statut de réfugié ou celui de la protection subsidiaire est accordé par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA)* »⁷³.

Dès lors que la personne en demande d'asile a valablement été enregistrée par le guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile (GUDA) et qu'elle a reçu une « **attestation de demande d'asile** » (cf annexe 2), elle bénéficie alors du droit au maintien sur le territoire français. Cependant, depuis l'annonce faite le 4 novembre 2019 par le Premier Ministre, le bénéfice d'une protection sociale au titre de la résidence en France intervient désormais uniquement **après un séjour en France d'une durée ininterrompue de trois mois minimum** (les périodes situées avant la demande d'asile sont également comptabilisées)⁷⁴. Avant cette période des 3 mois, les migrants en cours de demandes d'asiles peuvent bénéficier d'une prise en charge de soins urgents à l'hôpital (hospitalisation ou consultation en établissement de santé). Les soins urgents pris en charge sont :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître ;
- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose, le COVID19...)
- tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement ;
- les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).

⁷³ <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile>

⁷⁴ C'est-à-dire la période depuis laquelle la personne en cours de demande d'asile est arrivée en France. Si la personne en cours de demande d'asile est arrivé en janvier 2015 mais qu'il n'a fait sa demande qu'en mars 2015, la durée de son séjour en France est comptabilisé à partir du mois de janvier 2015 (date d'arrivée en France).

L'Assurance Maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. La personne en cours de demande d'asile bénéficie également de la dispense totale d'avance des frais pour ces soins.

Après la période des 3 mois, comme toute autre personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, les personnes migrantes en cours de demande d'asile ont le droit à la prise en charge par l'Assurance Maladie de leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité. Pour cela, il faut remplir le formulaire 736 (*cf annexe 6*) et l'adresser à la caisse d'Assurance Maladie du lieu de résidence, accompagné des documents suivants :

- une attestation de demande d'asile dit « ADA » (*cf annexe 2*) ;
- un Relevé d'Identité Bancaire ;
- une déclaration de domiciliation ;
- une pièce d'identité (si elle est disponible).

Dans l'attente de la décision de l'OFPRA et de la CNDA en cas de recours, un **numéro provisoire d'immatriculation à la sécurité sociale ainsi qu'une attestation de droits** sont délivrés pour permettre l'accès aux soins des demandeurs d'asile et la prise en charge de leurs frais de santé (*cf annexe 7*). Il en va de même pour les enfants mineurs qui figureront sur l'attestation de droits des parents.

Le demandeur d'asile sera donc **affilié au régime général avec un numéro de sécurité sociale provisoire** (8 pour une femme, 7 pour un homme) et ne pourra donc prétendre à une carte vitale tant qu'il n'obtiendra pas le statut de réfugié.

Après trois mois de résidence en France, en fonction du niveau de ses ressources, la personne en cours de demande d'asile peut également bénéficier de la Complémentaire santé solidaire. Gratuite, elle est destinée à faciliter l'accès aux soins aux personnes aux faibles ressources qui résident en France de façon stable et régulière.

2.1.3.7. Facturation de la PUMA/CSS pour les pharmaciens d'officine

Un patient en cours de demande d'asile n'a pas de carte vitale, lors de la présentation de l'ordonnance prescrite par un professionnel de santé par le patient, le pharmacien devra donc effectuer une création manuelle du dossier patient ainsi qu'une facturation uniquement en mode dégradé. Les factures subrogatoires sont transmises à la Sécurité Sociale. Tout le remboursement est fait au titre du régime complémentaire (RC), le montant régime obligatoire (RO) est nul. Tous les médicaments PH2, PH4, PH7 sont pris en charge par la PUMA/CSS. La seule chose qui diffère d'une attestation d'affiliation à la sécurité sociale « classique » est le numéro provisoire d'affiliation à la sécurité sociale qui début soit par un 8 pour une femme, soit par un 7 pour un homme.

A noter également, que les personnes ayant un numéro provisoire ne peuvent pas bénéficier d'un Dossier Médical Partagé ni d'un Dossier pharmaceutique. Par conséquent, **ni les bénéficiaires de l'AME, ni les demandeurs d'asile n'ont accès à un DMP ou un DP**, ce qui limite la coordination des professionnels de santé pour la prise en charge de ce public et constitue un frein majeur à la continuité des soins.

2.1.3.8. AME, Assurance Maladie et Complémentaire santé solidaire : des droits qui évoluent avec la situation du bénéficiaire

Si une personne est admise à l'AME et que, par la suite, sa situation de séjour en France se régularise, elle ne pourra plus bénéficier de l'AME. Elle pourra en revanche bénéficier de l'assurance maladie comme tout autre assuré social, soit au titre de son activité salariée, soit au titre de sa résidence stable de plus de 3 mois en France. Elle pourra aussi, sous réserve de remplir les conditions de ressources, bénéficier de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS).

À l'inverse, si la personne bénéficie de l'assurance maladie (au titre de son activité salariée ou au titre de sa résidence stable de plus de 3 mois en France) et qu'il est constaté qu'elle n'est plus en situation régulière, elle ne pourra plus en bénéficier, mais elle pourra, sous réserve de remplir les conditions de ressources, bénéficier de l'AME.

2.2. Principaux obstacles d'accès aux soins : renoncement aux soins et refus de soins

D'après les articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles : **tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME.**

Pourtant, de nombreux refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME sont rapportés par de nombreux acteurs : Santé Publique France dans son Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°17-18⁷⁵, le Défenseur des droits⁷⁶ et le Fond de la CMU-C⁷⁷ (nouvellement intitulé Fond de la CSS) dans leur étude intitulée « *Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales* »⁷⁸.

En 2017, selon l'Académie Nationale de Médecine, environ 5 millions de personnes n'ont pas disposé de la totalité de leurs droits à la santé en France⁷⁹ soit environ 7% de la population globale. Parmi ces personnes sont comptées les « *sans-papiers* » non-bénéficiaires de l'AME, les étrangers vivants depuis plus de 3 mois sur le territoire français ainsi que les personnes éligibles à la PUMA/CSS qui ne recourent pas à leur droit alors qu'ils sont, français ou étrangers, en situation régulière. Ce renoncement aux droits de santé augmente la vulnérabilité d'une certaine partie de la population, notamment des personnes en situation de grande précarité qui voient également leur espérance de vie diminuée depuis maintenant plusieurs années. En effet les risques de dépression, de maladies métaboliques et de maladies cardiovasculaires ont fortement augmenté⁸⁰, d'autant plus que ces pathologies nécessitent une prise en charge médicale sur du long terme et donc un suivi médical continu.

⁷⁵ Perret G., Vandentorren S., Chauvin P., et al. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°17-18. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_4.html, consulté le 15 février 2020.

⁷⁶ <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr>

⁷⁷ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

⁷⁸ Chareyron S., L'Horty Y., Petit P. (2019). Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. *Laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la-Vallée et Paris-Est Créteil.*

⁷⁹ Spira A. (2017). Précarité, pauvreté et santé. *Rapport de l'Académie nationale de médecine.* <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Precarite-pauvrete-et-sante-version-21-juin-2017-apres-vote.pdf>, consulté le 27 mars 2020.

⁸⁰ Blanpain N. (2016). L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. *Direction des statistiques démographiques et sociale*, n°F1602.

Le code de la Santé publique garantit « *l'égal accès aux soins pour tous, en particulier les personnes les plus démunies* » (articles L1110-1 et L1110-3). Ce droit est d'ailleurs réaffirmé dans la Charte de la personne hospitalisée⁸¹, et qu'il est en particulier interdit à tout professionnel de santé de refuser de délivrer des soins aux bénéficiaires de la Protection Universelle Maladie (PUMA) et l'Aide Médicale d'État (AME).

Selon la déontologie et la loi, il apparaît donc que toute personne démunie est en droit de recevoir les soins nécessaires dans l'ensemble des services de santé. Pourtant, la continuité des soins ne peut être assurée que si la personne bénéficie d'une protection maladie assortie d'une couverture santé complémentaire. Or, des difficultés croissantes d'obtention d'une protection maladie et de continuité des soins sont rencontrées par les personnes migrantes ou étrangères. Ces difficultés sont en majorité liées à leur **méconnaissance du droit à la santé**, notamment à la protection maladie, ce qui a pour conséquence d'alimenter le recours aux dispositifs de « *soins gratuits* » et de **saturer certaines structures de santé comme les services des urgences**, et notamment ceux des hôpitaux d'assistance publique de Paris. Pourtant, certains dispositifs de soins « gratuits » n'ont pas la capacité d'assurer la continuité des soins au-delà des premiers soins, ce qui tend à développer une médecine dite de « moindre frais ».

Le refus de soins et les discriminations qui en découlent commencent dès la demande d'AME au sein des Caisses Primaires d'Assurance Maladie où de nombreux centres font le choix de mettre en place un accueil réservé aux personnes sollicitant l'AME. Cet entretien AME vise à vérifier que le dossier est complet mais également à lutter contre les fraudes. Or, selon le Rapport du Défenseur des droits de l'homme⁸², certaines caisses forment à cette occasion des demandes excessives et contraires aux dispositions applicables entraînant ainsi de nombreuses complications dans la création du dossier AME et de la mise en place de la prestation pour son bénéficiaire. Le principe déclaratif pour justifier de ces conditions a été supprimé par un décret de 2005⁸³ qui a fixé la liste des pièces susceptibles d'être requises et

⁸¹ Ministère de la Santé et des Solidarités. (2019). Usagers, vos droits : Charte de la personne hospitalisée. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf, consulté le 9 mars 2020.

⁸² Cornu Pauchet M. (2018). Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. N°53, 43-56. <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-43.htm>, consulté le 7 mars 2020.

⁸³ Conseil d'État. (2018). Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000812112>, consulté le 7 mars 2020.

les circulaires du 27 septembre 2005 et 8 septembre 2011 précisent la portée de ces dispositions⁸⁴.

Les situations de discrimination peuvent arriver à chaque étape du parcours de soins : lors de la demande d'accès au professionnel ou au service de santé, à la rencontre avec le praticien ou encore lors de la phase de diagnostic et de délivrance des soins. Elles peuvent relever de discriminations directes ou indirectes.

Le refus de soins par les professionnels de santé est défini par les situation suivantes : **le refus direct de recevoir le ou la patiente** au rendez-vous, la **fixation tardive, inhabituelle et abusive** d'un rendez-vous (délais élevés, créneaux horaires spécifiques), **l'orientation répétée et abusive** vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital sans raison médicale énoncée, le refus d'élaborer un devis, **l'attitude et le comportement discriminatoire** du professionnel de santé (la dispense volontaire de soins de mauvaise qualité). Sont également retrouvées, des situations de refus de soins liées à des discriminations en raison de la protection sociale dont bénéficie le patient : refus d'application du tiers payant, facturation de dépassements d'honoraires non autorisés, etc.

De nombreuses discriminations directes ont été repérées en janvier 2017 et dénoncées par les associations représentant des personnes en situation de précarité, notamment lorsque certains médecins ou dentistes ont affiché « pas de CMU » ou « pas d'AME » sur leur page des sites de prise de rendez-vous telles que *Doctolib.fr* ou *Monrdv.com* et ont ainsi donné lieu à une saisine du Défenseur des droits⁸⁵.

Lors de l'étape d'accès secondaire aux soins, sont également observées des conditions de diagnostic et de délivrance des soins correspondant à une baisse de la qualité de la prise en charge médicale par rapport aux standards. De plus, à ce jour, la législation en vigueur ne

⁸⁴ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). *Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer.* http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf, consulté le 7 mars 2020.

⁸⁵ Rey-Lefebvre I. (2018). Le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME : la mention devra disparaître des sites. *Le Monde.* https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/12/17/cmu-ame-les-sites-de-prise-de-rendez-vous-medicaux-doivent-retirer-toute-mention-de-refus-de-soins_5398910_3224.html, consulté le 20 mars 2020.

définit pas clairement à partir de quel moment un état de santé relève de l'urgence⁸⁶. Cette décision revient donc au professionnel de santé qui consulte le patient, ce qui donne aux médecins une certaine latitude pour accepter de traiter les migrants et peut, parfois, également conduire à une sélection arbitraire, à la discrimination et à l'absence d'obligation de rendre des comptes.

La Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins relève trois principales catégories de causes générant des refus de soins discriminatoires :

- La **méconnaissance des personnes concernées**, de leurs situations et de leurs pathologies ;
- Les **difficultés de prise en charge de nature financière et administrative** ;
- Les **difficultés de prise en charge de nature matérielle ou technique**.

La notion de refus de soins est donc très large et peut désigner « *tout comportement ou pratique qui entrave l'accès aux soins et/ou qui conduit, directement ou indirectement, à ne pas dispenser les soins ou traitements qu'appelle la situation du patient* »⁸⁷.

2.2.1. Renoncement aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité : hébergement, domiciliation, barrière de la langue

L'Homme est soumis aux besoins physiologiques, se nourrir, de sécurité, d'être logé, d'appartenance, d'appartenir à un groupe social, d'estime, de reconnaissance de son entourage, et de s'accomplir. Dans une situation de précarité, dans notre société, un individu ne pourra pas forcément assurer ne serait-ce que les 3 premiers niveaux. Quand on parle de précarité, il existe aussi une « précarité normale » qui renvoie à la vulnérabilité du sujet dans sa dépendance fondamentale. En effet, dès la naissance, tout Homme est dépendant d'autrui.

⁸⁶ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2014). *Les droits économiques, sociaux et culturels des migrants en situation irrégulière*. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-1_fr.pdf, consulté le 20 mars 2020.

⁸⁷ Ibid.

Cette dépendance évolue au fil des années mais elle reste tournée vers le lien social. Par ailleurs, comme l'explique la pyramide des besoins de Maslow (cf annexe 3), les besoins primaires sont des besoins physiologiques : respirer, s'alimenter, s'hydrater, dormir. Les besoins de santé viennent donc après que les besoins primaires soient assurés.

C'est pourquoi les besoins en santé sont secondaires et étroitement liés à l'hébergement, l'alimentation ainsi qu'à l'accès à l'eau.

« *S'il existe une culture commune aux étrangers en séjour précaire, c'est la culture de la survie : les démarches pour les papiers ou l'hébergement sont naturellement prioritaires par rapport aux besoins, également ressentis, de prévention médicale* »⁸⁸ explique le COMEDE dans son Guide Pratique pour les Professionnels.

L'état de santé des migrants s'aggrave lorsqu'ils rencontrent des difficultés d'accès aux soins. D'après les indicateurs du Migration Integration Policy Index (MIPEX)⁸⁹, **la France est considérée parmi les pays où les droits accordés aux migrants apparaissent comme les plus avantageux**. Cependant, les barrières administratives et juridiques figurent paradoxalement parmi les premiers obstacles que vont rencontrer les personnes migrantes en France⁹⁰. Les principaux obstacles étant liés à la complexité du droit en matière d'immigration, de la succession de réformes et de nouveaux textes de loi ainsi que la complexité des situations par rapport au droit à la protection maladie (N. Drouot et coll). À cela vient s'ajouter des difficultés de communication relevant à la fois des barrières linguistique et culturelle (C. Berchet et coll.), sans compter les problèmes liés à la discrimination à l'égard des personnes migrantes au cours de leur périple d'insertion sociale et sanitaire.

Les personnes migrantes ou étrangères en situation de précarité présentent plus souvent un moins bon état de santé que les personnes disposant d'un logement personnel⁹¹ et

⁸⁸ COMEDE. (2015). Soins et accompagnement. *Guide pratique pour les professionnels*, édition 2015. http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf, consulté le 3 septembre 2019.

⁸⁹ <http://www.mipex.eu/>

⁹⁰ Le Défenseur des droits. (2016). Les droits fondamentaux des étrangers en France. 39-76.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf, consulté le 22 mars 2020.

⁹¹ Fazel S., Geddes JR., Kushel M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 384, 40-57.

rencontrent de nombreuses barrières à l'accès aux soins telles que les **barrières de la langue et culturelle, la complexité des démarches administratives, l'éloignement géographique des services sociaux et de santé, ou encore la présence d'autres besoins qui entrent en compétition avec la santé** (se nourrir, se loger)⁹².

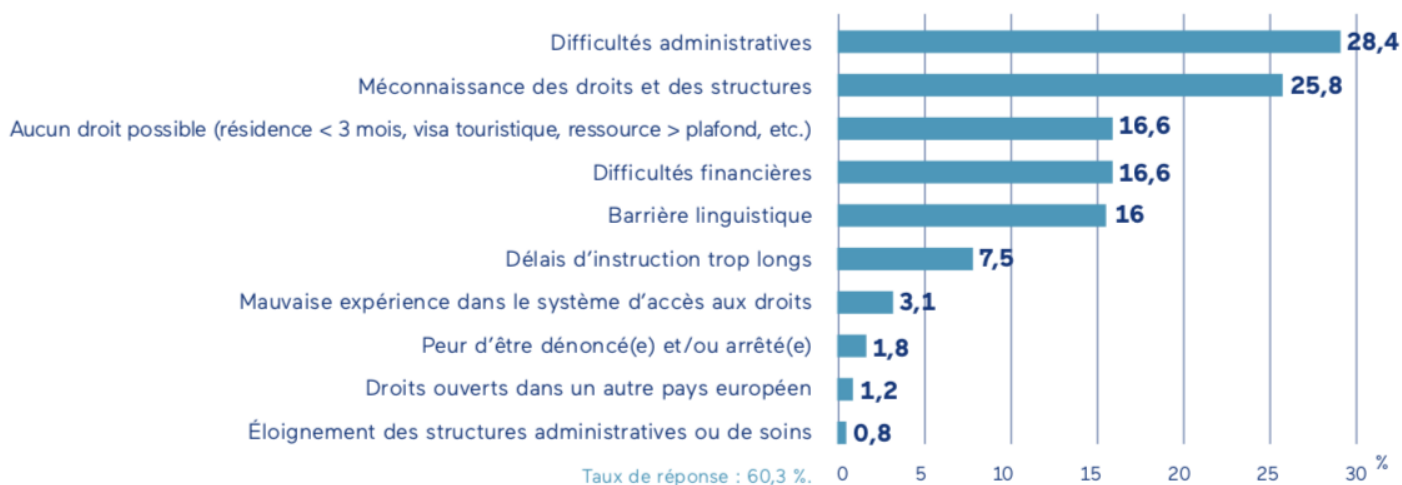


Figure 21. Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les personnes reçues dans les CASO lors de leur première visite, d'après *Médecins du Monde*⁹³

2.2.1.1. Les besoins dits « primaires » : l'accès à l'hébergement, l'accès à l'eau et l'alimentation

L'hébergement

Le logement est un facteur déterminant de la santé, en effet il constitue un espace intime indispensable à l'équilibre et au bien-être humain. De plus il protège et caractérise les conditions de vie des personnes, et, enfin, il permet aux personnes d'acquérir une situation stable. La stabilité inhérente au logement est une condition primordiale pour l'accès aux droits, à l'emploi et à la santé.

⁹² Kushel MB., Vittinghoff E., Haas JS. (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA*, 285(2), 6-15.

⁹³ Médecins du Monde. (2017). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, consulté le 3 septembre 2019.

Le mal-logement augmente en France. En 2017, 4 millions de personnes souffrait de mal-logement ou d'absence de logement personnel ; parmi elles, plus de 143 000 sont sans domicile fixe (personnes sans-abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile ou dans un logement associatif). Les personnes sans-domiciles nées à l'étranger se distinguent par une forte présence dans l'agglomération parisienne, cela est sans doute lié au fait que c'est dans cette zone que se concentrent les structures permettant de faire les démarches administratives nécessaires à la régularisation de leur séjour (OFPRA, CNDA) et que l'offre d'emploi semble la plus abondante.

En 2018, Leilani Farha, rapporteuse des Nations Unies a étudié l'accueil des personnes migrantes en France durant dix jours, suite à ce séjour elle déclare que « **la France a un droit du logement modèle, mais l'applique mal** ». A Paris, elle a également décortiqué la situation des sans-abri, le système du Samusocial⁹⁴ ainsi que son dispositif, le 115 : « *Tout le monde connaît ce numéro d'urgence. Mais dans la réalité 40 % des appels n'aboutissent pas et les centres d'hébergement sont saturés ! Pourquoi le gouvernement d'un pays qui a la sixième économie mondiale évalue-t-il aussi mal les besoins ?* » a-t-elle confié au journal *Le Monde*⁹⁵. Du fait des grandes difficultés pour joindre le 115 ou pour obtenir des solutions en adéquation avec leurs besoins en matière d'hébergement, beaucoup de personnes sans-abris se découragent et renoncent même à y avoir recours.

La sécurité alimentaire

L'enquête ENFAMS 2014 du Samusocial⁹⁶ révèle que l'hébergement constitue l'un des facteurs déterminants de l'insécurité alimentaire. La prévalence d'insécurité alimentaire sévère dans les populations en situation de grande précarité est augmentée par l'instabilité résidentielle : plus l'on déménage souvent, plus elle est élevée.

⁹⁵ Rey-Lefebvre I. (2019). L'œil sévère d'une rapporteuse de l'ONU sur le droit au logement en France. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/04/12/l-il-severe-d-une-rapporteuse-de-l-onu-sur-le-droit-au-logement-en-france_5449219_3224.html, consulté le 24 mars 2020.

⁹⁶ Arnaud A, Caum C, de Watrigant T, et al. (2014). Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. *Rapport d'enquête de l'ENFAMS*.

Selon le Comité de la Sécurité alimentaire mondiale des Nations Unies (FAO)⁹⁷, « *la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, la possibilité physique, sociale et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active* »⁹⁸. Pourtant, les personnes récemment arrivées en France sont dans une situation plus vulnérable au regard de l'insécurité alimentaire : les personnes en France depuis un an ou moins sont pour environ 96 % en situation d'insécurité alimentaire, dont 17 % en insécurité alimentaire sévère⁹⁹. D'après l'étude de l'ENFAMS 2014 du Samusocial, l'hébergement constitue l'un des facteurs déterminants de l'insécurité alimentaire : le type de lieu d'hébergement, le type d'habitation, le gestionnaire, ainsi que la participation financière à l'hébergement sont significativement associés à l'insécurité alimentaire des familles. La prévalence de l'obésité est également très élevée et touche plus d'une mère sur deux tandis que le surpoids concerne plus d'un quart des enfants. Ces taux sont très élevés, avec une prévalence du surpoids qui apparaît supérieure de dix points par rapport à la population générale française.

Les besoins primaires tels que l'alimentation et l'hébergement font donc partie des premiers obstacles d'accès aux soins que les personnes en situation de grande précarité vont rencontrer. L'hébergement est un facteur déterminant de la santé (insécurité alimentaire, obésité, hygiène etc.), pourtant il compte parmi les premiers obstacles d'accès aux soins que les personnes migrantes en situation de grande précarité rencontrent à leur arrivée sur le territoire français.

⁹⁷ <http://www.fao.org/>

⁹⁸ Comité de la Sécurité Alimentaire Mondiale. (2012). S'entendre sur la terminologie. <http://www.fao.org/3/MD776F/MD776F.pdf>, consulté le 23 mars 2020.

⁹⁹ SamuSocial de Paris. (2014). Réformer l'hébergement d'urgence des familles. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/communiqu_e_de_presse_samusocial.pdf, consulté le 23 mars 2020.

2.2.1.2. Complexité des démarches administratives, barrières linguistique et financière

Selon le rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies – Droits de l’Homme¹⁰⁰, « même lorsqu’ils ont légalement droit à des soins de santé, les migrants peuvent se heurter à de nombreux obstacles financiers et pratiques dus à des problèmes de communication, à un système d’orientation inadéquat, au refus de certains médecins généralistes de les soigner, à la méconnaissance de la législation parmi les prestataires de santé et à la non-reconnaissance des besoins de santé spécifiques des migrants en situation irrégulière. Tous ces points constituent des obstacles pratiques évidents aux soins de santé »¹⁰¹. Les personnes migrantes en situation de grande précarité « se heurtent à des obstacles supplémentaires liés à leur statut juridique incertain, aux différences de culture et de langue et au fait qu’ils soient exclus des systèmes d’assurance maladie et de sécurité sociale »¹⁰². Pourtant, les droits d’accès aux soins et à la santé, hors les soins d’urgence, découlent directement des documents administratifs et juridiques qu’elles doivent fournir (preuve de résidence légale, assurance, emploi, inscription administrative, etc.)¹⁰³. Ceci explique, en partie, pourquoi la majorité des personnes migrantes en situation de grande précarité ne vont se rendre dans une structure de santé uniquement lors de situations qu’ils jugeront d’urgentes ou prioritaires.

En France ces dernières années le profil des réfugiés a évolué de manière significative. Avant, les flux de réfugiés étaient caractérisés par deux profils dominants : les francophones peu scolarisés et les non-francophones plutôt scolarisés. **À l’heure actuelle, la France accueille davantage de personnes réfugiées non-francophones qui sont peu ou pas scolarisées**¹⁰⁴. La présence de ce nouveau public est à l’origine de nouveaux besoins, ce qui nécessite donc de nouvelles politiques publiques adaptées.

¹⁰⁰ <https://www.ohchr.org/>

¹⁰¹ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l’homme. (2014). *Les droits économiques, sociaux et culturels des migrants en situation irrégulière*. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-1_fr.pdf, consulté le 20 mars 2020.

¹⁰² Nations Unies. (2011). Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu’a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

¹⁰³ Agence des droits fondamentaux de l’Union européenne. (2011). *Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l’Union européenne*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-11-002-05_migrants_fr_webres_1.pdf, consulté le 22 mars 2020.

¹⁰⁴ Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2018). *A l’écoute du monde. Rapport d’activité 2018*. https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ofpra_ra_2018_web_pages_hd.pdf, consulté le 23 mars 2020.

Selon le rapport de Médecins du Monde de 2017, près d'un quart des personnes rencontrées évoquaient la **barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins**¹⁰⁵. La barrière de la langue a un impact direct sur l'accès aux soins, si le patient ne peut décrire ses symptômes, il devient difficile pour le professionnel de santé d'établir un diagnostic, si ce n'est en se basant sur la biologie et sur la clinique, et de bâtir une relation soignant/patient. Il en va de même pour les services de santé mentale où la barrière de la langue empêche le patient exilé de déposer sa parole lors de consultation qui sont, bien souvent, les seuls lieux d'écoute sécurisant¹⁰⁶.

Par ailleurs, rappelons que pour effectuer des démarches administratives comme la demande de protection maladie, toute personne doit avoir une adresse de logement ou, pour les personnes sans domicile fixe ou stable, d'une domiciliation ou *élection de domicile*. Un ressortissant étranger peut résider en France régulièrement mais ne pas avoir de domicile fixe, c'est-à-dire d'adresse. Or, pour prétendre à des prestations sociales, légales et conventionnelles, les ressortissants étrangers doivent justifier de leur résidence régulière et déclarer une adresse. La **domiciliation** permet alors aux personnes sans domicile stable, qui ne sont pas en mesure de déclarer une adresse, en habitat mobile ou précaire, de bénéficier **d'une adresse administrative** et de pouvoir accéder à des droits et des prestations (RSA, ASPA, pension vieillesse, prestations familiales, PUMA, AME etc.).

Seules les personnes qui ne sont pas en mesure de déclarer une adresse leur permettant d'y recevoir et d'y consulter leur courrier de façon constante peuvent invoquer le droit à la domiciliation. Le nombre de demande de domiciliation est en augmentation, d'ailleurs certaines associations ont dû suspendre la domiciliation pour les nouveaux demandeurs d'asiles¹⁰⁷. Seul le lien avec la commune visée pour la domiciliation doit être vérifié : il ressort du décret n°2016-632 du 19/05/2016, que « *sont considérées comme ayant un lien avec la commune, les personnes dont le lieu de séjour est le territoire de la commune à la date de demande d'élection de domicile, indépendamment du statut ou du mode de résidence* ».

¹⁰⁵ Médecins du Monde. (2017). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, consulté le 3 septembre 2019.

¹⁰⁶ Saglio-Yatzimirsky M-C. (2019). Faire surgir la parole des exilés confrontés à des violences extrêmes. *Institut Convergences Migrations*. <http://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-001>, consulté le 23 mars 2020.

¹⁰⁷ Agence Française de Presse. (2010). Une ONG suspend la domiciliation des demandeurs d'asile à Paris et Créteil. <https://www.france-terre-asile.org/accueil/la-presse-en-parle/les-articles-de-presse/une-ong-suspend-la-domiciliation-des-demandeurs-dasile-a-paris-et-creteil>, consulté le 19 mars 2020.

Pourtant, de nombreux refus de domiciliation sont observés augmentant ainsi le nombre de demande de domiciliation auprès de certaines associations qui ont dû en conséquence, pour certaines, suspendre la domiciliation des nouveaux demandeurs d'asiles¹⁰⁸. Cette phase administrative reste un obstacle de plus à l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

De plus en plus nombreux sont les exilés qui cumulent des situations de précarité sur le plan des ressources financières, du statut du séjour, des droits sociaux. Cette situation de précarité est d'autant plus renforcée par la sensation d'un grand isolement social et affectif ainsi que par la barrière de la langue. Selon le Rapport Observatoire de MDM de 2017, « *Les obstacles à l'accès aux droits rencontrés par les personnes sont essentiellement liés à la complexité des démarches, à laquelle s'ajoutent des pratiques abusives fréquentes (refus d'adresse déclarative par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), demandes de pièces justificatives injustifiées, perte de dossier, etc.) et un désengagement des services publics (fermetures ou restriction dans l'accueil physique des personnes, dématérialisation de l'accès aux droit, etc.). Pour les étrangers allophones, la barrière de la langue complique également l'ouverture des droits* »¹⁰⁹. Au cours de ce rapport environ 1 patient sur 5 présentait des difficultés financières dans l'accès aux soins. Ces difficultés concernaient notamment l'avance des frais de santé. En 2017, près de la moitié (49,4 %) des patients reçus dans les centres CASO de Médecins du Monde présentaient un retard de recours aux soins et 38,6 % nécessitaient des soins urgents voire assez urgents. L'accès à une protection maladie et ce qu'elle couvre fait partie des facteurs décisifs de l'accès aux soins. Cette barrière financière a tout de même été diminuée lors de la généralisation du tiers payant, adopté dans la loi de Santé de 2016, notamment pour l'accès à la médecine de ville.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Médecins du Monde. (2017). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, consulté le 3 septembre 2019.

2.2.2. AME, PUMA, CSS : un accès différencié aux soins

Les personnes migrantes en situation régulière ont le droit de bénéficier de la complémentaire santé solidaire (CSS), en revanche les personnes migrantes en situation irrégulière n'en ont pas le droit puisqu'elles ne sont pas affiliées directement à l'assurance maladie et bénéficient d'une prestation sociale : l'Aide médicale d'État. **Le panier de remboursement de soins de l'AME est inférieur à celui de la PUMA/CSS.** Par exemple, la prise en charge des soins dentaires, la prise en charge de la rééducation périnéale, la prise en charge des troubles de la vision et du port de lunettes, l'accès aux laboratoires d'analyses médicales, l'accès à certaines structures de santé, l'accès aux centres de radiologie ou laboratoires d'analyse médicale, sont plus restreints pour les bénéficiaires de l'AME que pour les bénéficiaires de la PUMA/CSS.

Les personnes en situation irrégulière voient donc leur droit à la santé réduit par rapport au simple statut administratif tandis que leurs besoins, eux, restent similaires voire s'aggravent du fait de la restriction d'accès aux soins et la précarité. Cette inégalité basée sur le statut administratif des personnes migrantes et étrangères creuse un écart majeur entre les populations dans l'accès aux soins et instaure une forme de « *prime à l'illégalité* »¹¹⁰.

Selon le Rapport du Défenseur des droits¹¹¹, l'aide médicale est un dispositif dérogatoire qui emporte *in fine*, pour les caisses et les professionnels de santé, un surcoût administratif et financier, lui-même à l'origine de pratiques de refus de soins discriminatoires. De plus, l'article L1110-1, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – art. 3 JORF 5 mars 2002 dispose que : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* »¹¹².

¹¹⁰ Le Défenseur des droits. (2019). Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf, consulté le 24 avril 2020.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les bénéficiaires de l’Aide Médicale d’État, contrairement aux bénéficiaires de la PUMA, ne peuvent pas déclarer un médecin traitant, pourtant certains d’entre eux sont atteints de pathologies chroniques qui nécessiteraient la mise en place d’un parcours de soins coordonné (diabète, hypertension artérielle, hépatite C, VIH/SIDA...). La conséquence directe de cette inégalité des droits en santé lié au statut juridique de ces ayants-droits entraîne une fracture de la continuité des soins pour les personnes migrantes en situation irrégulière.

Le traitement différencié des étrangers en situation irrégulière est à l’origine de difficultés d’accès à la protection maladie et d’inégalités dans le système de soins avec pour conséquences, une rupture dans la continuité de soins voire un renoncement aux soins des personnes en situation irrégulière. D’ailleurs, la récente étude les travaux de N. Jess¹¹³ ont mis en évidence que le fait de détenir la PUMA/CSS réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable.

2.2.3. Des difficultés de prises en charge du public migrant en situation de grande précarité par les professionnels de santé

Un professionnel de santé n’est pas en droit de refuser une personne pour l’un des motifs visés au premier alinéa de l’article 225-1 ou à l’article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu’elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l’aide prévue aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l’aide prévue à l’article L. 251-1 du code de l’action sociale et des familles. Pourtant, le refus de soins de la part de professionnels et de services de santé envers les bénéficiaires de la PUMA (anciennement CMU) ou de l’AME sont révélés dans plusieurs études. Tout d’abord, en 2006, Médecins du Monde révélait qu’un certain nombre de médecins généralistes refusaient les soins aux bénéficiaires de l’AME (37 %) ou de la CMU (10 %)¹¹⁴.

¹¹³ Ministère de la Santé et de la Solidarité. (2016). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Études et Résultats. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-effets-de-la-couverture-maladie-universelle-complementaire-sur-le-recours>, consulté le 24 avril 2020.

¹¹⁴ Desprès C. (2010). La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l’égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. Vol. 41, 33-43.

Le refus de soins serait plus fréquent chez les spécialistes que chez les médecins généralistes. Même constat entre les médecins libéraux de secteur 2 (qui proposent des honoraires libres) que parmi ceux qui sont de secteur 1 (conventionnés, honoraires conventionnels)¹¹⁵. De ce fait, les personnes migrantes en situation de grande précarité constituent une population particulièrement à risque vis-à-vis des refus de soins. Fin 2008 à Paris, l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)¹¹⁶ a réalisé une enquête auprès d'un échantillon représentatif 861 professionnels de santé (médecins généralistes, dentistes et quelques spécialités médicales) qui a mis en évidence des taux de refus élevés en gynécologie (40% pour les gynécologues de secteur 2), en ophtalmologie (31% en secteur 2) et en soins prothétiques dentaires (31%).

Ces refus de soins, discriminatoires, sont expliqués dans l'étude de C.Desprès¹¹⁷ par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les professionnels de santé se voient obligés de refuser certains patients du fait de leur protection sociale car elle est un facteur économique déterminant du coût réel de la consultation. En effet, depuis la Loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 **les dispositifs comme l'AME et la PUMA imposent aux professionnels de santé des contraintes économiques** comme l'instauration du tiers payant intégral, l'interdiction de tarifier des dépassements d'honoraires et la mise en place de tarifs plafonds pour les soins coûteux (prothèses dentaires, optique, audioprothèses).

Ensuite, **le temps de consultation caractérisé de « non médical » est perçu comme une contrainte**, en particulier pour les professionnels qui ont accueilli des bénéficiaires de l'AME : temps dédié à la **communication** (barrière de la langue) trop élevé, temps passé pour obtenir le remboursement du tiers payant (**difficultés administratives** du dossier de remboursement AME). En effet, les personnes migrantes et étrangères ne comprennent pas toujours les informations médicales qui leur sont fournies et ont rarement accès à des interprètes qualifiés¹¹⁸ ce qui entraîne des difficultés de communication entre le soignant et le soigné.

¹¹⁵ Boisguerin B. (2004). Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat63.pdf>, consulté le 18 avril 2020.

¹¹⁶ <https://www.irdes.fr/>

¹¹⁷ Desprès C., Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes.

https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-04-03_Synthese_Analyse_m%C3%A9decins_pr%C3%A9carit%C3%A9.pdf consulté le 18 avril 2020.

¹¹⁸ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2014). Les droits économiques, sociaux et culturels des migrants en situation irrégulière. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-1_fr.pdf, consulté le 20 mars 2020.

La demande de remboursement de l'AME s'avère plus compliquée pour les professionnels de santé, ce qui engendre de nombreux refus par certaines structures de santé des patients bénéficiaires de l'AME. De plus, pour une très large majorité de praticiens, l'absence de circuit de télétransmission à l'assurance maladie *via* la Carte Vitale entraîne un remboursement de la consultation incertain.

Les résultats de l'étude réalisée par Cécile Matz Flye Sainte Marie dans son « *Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle* » montre que 92,5% des médecins ont déclaré avoir rencontré une situation difficile avec des patients précaires¹¹⁹. Cette étude montre également que l'impossibilité d'avance de frais par le patient face à la nécessité de médicaments et/ou d'examens complémentaires se trouve parmi les principales difficultés dans la prise en charge des populations en situation de grande précarité. Suivis par les difficultés de communication avec le patient et des difficultés d'éducation hygiéno-diététique ainsi que du suivi de pathologies chroniques. Au cours de cette étude **les médecins ont également rapporté des difficultés de suivi des patients précaires**, parmi lesquelles sont pointées la notion de « nomadisme médical » et le poids d'une représentation spécifique de la santé de la part de certains patients. Il y a également la difficulté à solliciter le traitement de pathologies autres que les pathologies aiguës. La barrière culturelle ainsi que la barrière de la langue peuvent participer à des difficultés de communication. D'ailleurs, des difficultés de compréhension ou d'expression de leurs troubles sont rapportés par les patients ou des difficultés de perception par le médecin des doléances des patients. Un médecin pointe comme difficulté « *un manque de confiance (des patients précaires) vis-à-vis du système* ». Parmi ces médecins généralistes, **66,2% seraient intéressés par une formation à la prise en charge des patients précaires**.

Les principaux thèmes de formation évoqués sont : une meilleure connaissance des structures sociales, une meilleure connaissance des droits des patients ainsi que des modalités de prise en charge des migrants. Des outils d'interprétariat à destination des personnes migrantes en situation de grande précarité sont suggérés par plusieurs médecins ainsi que des thèmes liés aux problèmes de santé spécifiques comme la « *vaccination* », « *bilan de santé des primo-*

¹¹⁹ Matz Flye Sainte Marie C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. Sciences du Vivant. Université de Lorraine, 2011.

arrivants », « les pathologies ethniques », « éducation hygiéno-diététique », « la toxicomanie et les IST chez les migrants », « dépistage des Infections Tuberculeuses Latentes (ITL) ».

Les acteurs de la santé et du social, qui sont amenés à accueillir et à soigner des personnes migrantes, doivent faire preuve de compétences spécifiques et d'une grande capacité d'adaptation de leurs interventions. En effet, l'augmentation du nombre de migrants arrivant en Europe nécessite de renforcer les connaissances et les compétences des professionnels de la santé travaillant auprès des migrants et des réfugiés. C'est pourquoi les professionnels de santé doivent pouvoir avoir les clés pour adapter leur prise en charge aux particularités individuelles de leurs patients précaires. Parmi elles on compte **l'accès à des formations sur la précarité et sur la prise en charge des migrants** et la **promotion des modèles de prise en charge pluridisciplinaire**. Une meilleure connaissance de la précarité permettrait : d'une part, d'améliorer la relation médecin-patient en réduisant les sentiments négatifs des médecins liés à leurs représentations ; d'autre part, d'optimiser leurs prises en charge thérapeutiques en prenant mieux en compte l'environnement particulier des patients. D'ailleurs, l'Office International des Migrations (OIM) vient d'achever son projet de formation sur la migration et la santé à travers l'Europe, destinée à plus de 2 000 professionnels de la santé, agents du maintien de l'ordre et travailleurs sociaux qui sont en contact direct avec les migrants et les réfugiés. La généralisation des maisons de santé incluant des travailleurs sociaux ainsi que la mise en place d'outils pourraient faciliter la coordination entre les médecins et ces partenaires et, *in fine*, faciliter la prise en charge des patients précaires.

Afin de diminuer le refus de soins des personnes migrantes en situation de grande précarité, la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réaffirme l'importance de la mission d'évaluation du refus de soins en la confiant aux Conseils nationaux des Ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016, en application de l'article 85). Composées de quatorze membres (professionnels de santé, représentants d'associations d'usagers du système de santé, Fonds CMU-C¹²⁰, CNAMTS), les commissions « refus de soins » sont chargées d'évaluer le nombre et

¹²⁰ Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire est en charge de financer la Complémentaire santé solidaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé.

la nature des pratiques de refus de soins et de remettre un rapport annuel au ministre chargé de la santé. Les assurés disposent également aujourd’hui de plusieurs canaux pour signaler et saisir l’institution publique en cas de refus de soins : ils peuvent saisir la direction des caisses primaires d’assurance maladie ou la commission de conciliation de la caisse, le défenseur des droits et les conseils départementaux des ordres nationaux des professionnels de santé concernés. Par exemple, depuis 2017, a été lancé un niveau dispositif : la Plate-Forme d’intervention Départementale pour l’Accès aux Soins et à la Santé afin de lutter contre le renoncement aux soins et ses discriminations (PFIDASS)¹²¹.

La PFIDASS est un dispositif de l’Assurance Maladie qui a été créé pour lutter contre le non recours aux soins. Ce dispositif est basé sur le principe partenarial : tout professionnel peut faire un « signalement » à la cellule de lutte contre le renoncement aux soins de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM). Ce signalement se fait via le remplissage d’un formulaire obtenu auprès de chaque CPAM. Pour certaines régions, une formation sera nécessaire pour devenir « détecteur » partenaire et pouvoir faire ce signalement. Les agents de l’Assurance Maladie vont ensuite se rapprocher de l’assuré en difficulté et, avec son accord, lui proposer un accompagnement sur-mesure comme expliqué dans les figures ci-dessous :

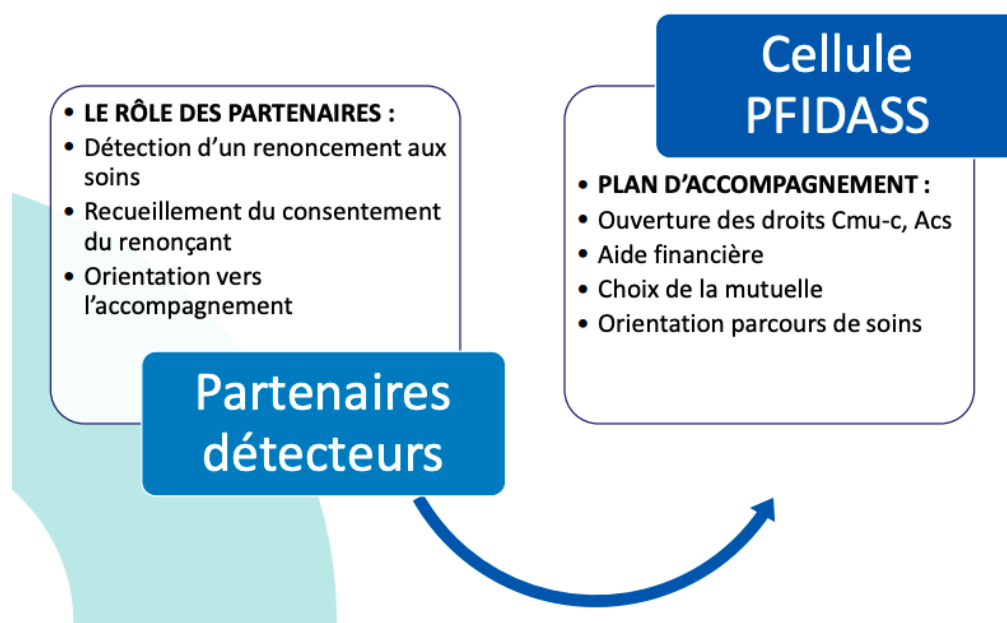


Figure 22. Fonctionnement de la Cellule PFIDASS, d’après AMELI¹²²

¹²¹ Fatoux, C. (2017). Un investissement social de l’assurance maladie : la PFIDASS. *Chronique d’une expérimentation en voie de généralisation d’un dispositif local d’accès aux soins. Regards*, 52(2), 187-203. doi:10.3917/regar.052.0187.

¹²² AMELI. Pfidass. <https://travailleurs-sociaux-cpam75.fr/wp-content/uploads/2019/02/MOP-PFIDASS-d%C3%A9c-2018.pdf>, consulté le 8 mai 2020.

LE RÔLE DE LA PLATEFORME PFIDASS – CPAM 75



Figure 23. Rôle de la plateforme PFIDASS, d'après AMELI¹²³

¹²³ Ibid.

L'écosystème lié à l'accès aux soins pour tous relève donc d'un défi pour l'ensemble du système de soins. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, propose d'ailleurs des moyens de résolution afin de prévenir les pratiques de refus de soins ¹²⁴, parmi ceux-ci :

- La mise en place de modules et de stages au cours de la formation initiale des médecins au sein des structures de soins et médico-sociales concernées ;
- L'intégration dans la formation continue de modules de sensibilisation à la prise en charge de personnes vulnérables, aux refus de soins et aux représentations erronées susceptibles d'induire des refus de soins discriminatoires ;
- L'accompagnement du patient quand besoin est (aidant, interprète), formation et information des médecins quant à l'accueil de l'accompagnant ;
- L'amélioration des coopérations entre l'Ordre des médecins, le milieu associatif et l'Assurance-maladie par l'organisation de structures de rencontre régulière ;
- La création d'une carte AME numérique compatible avec les terminaux de l'Assurance maladie pour faciliter le travail des professionnels de santé ;
- Le renforcement de l'information des publics sur les situations de refus de soins discriminatoires ;
- La création de structures de suivi entre l'Assurance maladie et les associations accompagnant les personnes en situation irrégulière de séjour ;
- La facilitation de l'accès des médecins à l'information quant aux droits de prise en charge ouverts du patient.

Enfin, la France, contrairement à de nombreux pays, accorde aux personnes migrantes en situation irrégulière l'accès à plusieurs services de santé grâce à une aide médicale financée directement par l'État (l'AME), cependant le panier de soins proposé est réduit par rapport aux personnes migrantes en situation régulière. Les personnes migrantes en situation irrégulière font partie des groupes particulièrement vulnérables et sans une protection maladie intégrale avec dispense d'avance des frais (assurance maladie et protection complémentaire) pour tous les ayant-droit à la santé en situation de grande précarité, la continuité des soins ne peut être assurée.

¹²⁴ Conseil national de l'Ordre des médecins. (2018). Évaluation des pratiques de refus de soins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/evaluation-pratiques-refus-soins>, consulté le 25 avril 2020.

2.3. Conséquences et enjeux de ces inégalités d'accès aux soins

2.3.1. Dégradation du « bien-être » : de l'état de santé mentale, physique et sociale

D'après les résultats de plusieurs études, les indicateurs de santé montrent que les migrants sont en meilleure santé que les populations locales du pays d'origine, c'est ce que l'on appelle le « *healthy migrant effect* » ou « *effet immigrant en bonne santé* »¹²⁵. L'hypothèse du *healthy migrant effect* suppose que les migrants sont en meilleur état de santé que la population de leur pays d'origine, étant donné que les personnes en meilleure santé seraient plus aptes physiquement à migrer et que les opportunités de travail dans le pays d'accueil seraient plus élevées pour les travailleurs migrants en bon état de santé¹²⁶. Cependant, pour plusieurs raisons, l'état de santé des migrants se dégrade souvent avec le temps. Les résultats de l'étude Trajectoires et origines (TeO) de l'INED (Hamel et Moisy, 2016) montrent que l'état de santé des immigrés est plutôt meilleur que celui des personnes nées dans leur pays d'origine mais que cet état a tendance à se dégrader avec la durée de leur séjour. Si la santé physique des migrants est relativement bonne à leur arrivée, les troubles psychiques, particulièrement liés aux violences, sont plus fréquents chez les femmes en situation de grande précarité et les personnes migrantes en exil¹²⁷.

L'épidémiologiste, Maria Melchior, explique que « *La population immigrée est globalement en meilleure santé et vit plus longtemps que la population native d'un pays ou celle qui demeure dans le pays d'origine. L'idée reçue qui fait de l'immigrée une personne plus fragile que les autres est démontée par les recherches en démographie et en épidémiologie, car il faut être en bonne santé pour quitter son pays. Mais après son arrivée, celui ou celle qui migre et s'installe sur une nouvelle terre a plus de risque de voir sa santé, en particulier sa santé*

¹²⁵ Jusot F., Silva J., Dourgnon P. et al. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Revue économique*, 2009/2 (Vol.60), 385-411.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Petit V., Wang S., Éditorial : La santé mentale en migrations internationales. *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34(2), 7-20.

mentale, se détériorer [...] mais surtout, arrivée à destination, la situation sociale et économique, l'isolement relationnel et les discriminations pèsent sur sa santé »¹²⁸.

Les personnes migrantes en situation de grande précarité peuvent être confrontées à de nombreuses difficultés comme, la qualité de l'hébergement, le manque d'accès à l'alimentation et l'eau, du stress et un sentiment d'insécurité relatifs à leur situation. L'isolement social dû à la séparation avec leur famille et leurs réseaux sociaux, la précarité de l'emploi ainsi que des conditions de vie difficiles peuvent affecter l'état de santé mentale des migrants. Enfin, de nombreuses femmes migrantes sont victimes de violences sexuelles. Ce phénomène rend les femmes d'autant plus vulnérables à certaines maladies, comme les IST, le psychotraumatisme et peut les exposer, parfois, à des grossesses non-désirées. Lors du parcours d'exil long et hasardeux jusqu'au pays de destination, les personnes migrantes peuvent également perdre des documents administratifs et médicaux importants qui leur seraient pourtant utiles pour leurs futures démarches administratives. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé indique qu' « *au cours du voyage vers leur pays de destination, les migrants en situation irrégulière peuvent être confrontés à des conditions périlleuses compromettant leur santé, par exemple être entassés ou cachés dans des bateaux ou des camions. Au cours de ce voyage ils risquent en outre de subir des violences physiques et sexuelles »¹²⁹.*

Selon le rapport 2017 du Comité de Santé pour les Exilés (COMEDE) de 2019, 36% des personnes rencontrées souffrent de **troubles psychiques, dont les deux tiers sont dus à des syndromes psycho-traumatiques et dépressifs**. La situation sociale et politique des personnes migrantes en situation de grande précarité vient compliquer l'expression de leur souffrance et leur demande de soin. C'est ainsi que le cercle de l'état de « bien-être » se rompt, entraînant une paupérisation de ces personnes déjà vulnérables du point de vue socio-économique.

¹²⁸ Melchior M. (2019). La migration a des répercussions psychologiques sur plusieurs générations. <http://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-003/>, consulté le 22 avril 2020.

¹²⁹ United Nations. (2012). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. <https://undocs.org/A/HRC/23/41/Add.3>, consulté le 20 avril 2020.

Par ailleurs l'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE), coordonnée par l'Institut National d'Études Démographique (Ined)¹³⁰ et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm)¹³¹, portant sur la santé de 18 000 femmes et leurs enfants nés en 2011, montrent que dès 2 ans, les enfants de mères immigrées ont plus de troubles ou de retard de développement¹³². L'accumulation des facteurs de stress, d'isolement, d'absence de soutien social impactent l'état de santé mentale des personnes migrantes en situation de grande précarité. A leur arrivée en France, les ruptures, économique et sociale ajoutées à la complexité de l'installation et les discriminations dont souffrent les femmes immigrées vont contribuer à la dégradation de leur « bien-être » physique, mental et social.

Pour les femmes enceintes, une des différences marquées avec les mères non-immigrées est l'accès à l'accompagnement professionnel lors de la grossesse. Les femmes immigrées ont peu de chance d'avoir accès à un entretien prénatal précoce ou une séance de préparation à l'accouchement, à l'allaitement ainsi qu'à des soins de périnatalité. Ce déficit d'accès à des soins post-natals de qualité n'est pas uniquement lié à la qualité du suivi de grossesse. En effet, les conditions de vie précaire des femmes migrantes ainsi que les barrières linguistiques et culturelles vont contribuer à leur renoncement aux soins. Par exemple, dans certains pays d'Afrique, les femmes ne sont pas habituées à honorer « autant » de rendez-vous médicaux durant et après leur grossesse, ce qui explique d'ailleurs le nombre élevé de mortalité infantile et de mortalité à la suite de couche. La sensibilisation des femmes migrantes en situation de précarité à l'importance du suivi de grossesse ainsi qu'aux soins post-natals est donc crucial pour une prise en charge adaptée à leurs besoins.

¹³⁰ <https://www.ined.fr/>

¹³¹ <https://www.inserm.fr/>

¹³² El-Khoury F., Sutter-Dallay A-L., Panico L., et al. (2018). Women's mental health in the perinatal period according to migrant status: the French representative ELFE birth cohort. *European Journal of Public Health*, vol. 28, 458-463.

2.3.2. Les nouvelles maladies émergentes chez les personnes migrantes

2.3.2.1. *Les maladies chroniques au-delà des infections*

Selon l'IRDES, **l'espérance de vie des personnes les plus pauvres (estimée à 35 ans) a diminuée de plusieurs années et la prévalence de nombreuses pathologies a fortement augmenté.** Parmi elles, le risque de dépression, de maladies métaboliques et de maladies cardio-vasculaires.

Selon le Rapport Observatoire 2017 de Médecins du Monde, les principaux problèmes de santé retrouvés dans les CASO étaient avant tout d'ordre digestif, respiratoire et ostéo-articulaire. Et, selon l'observation épidémiologique du COMEDE, les principales maladies graves retrouvées parmi les 13 684 personnes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013 sont des pathologies graves. Par ordre de fréquence, il y a **les psychotraumatismes, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'asthme persistant et les cancers.** Reste tout de même à noter que **près d'un quart des maladies graves sont dues à des maladies infectieuses et que plus d'un tiers sont dues à des psychotraumatismes.** Les maladies ostéo-articulaires peuvent être l'expression somatiques de chocs psycho-traumatiques et sont donc indirectement liées à la santé mentale du patient, son parcours d'exil et ses conditions de vie. De même pour les pathologies digestives qui, si elles ne sont pas dues à une parasitose, peuvent être étroitement liées au changement d'environnement, d'alimentation, à l'hygiène de vie et au stress que les personnes migrantes en situation de grande précarité rencontrent. Il apparaît donc comme indispensable de prendre en compte l'impact qu'a la santé mentale sur l'état de santé général des personnes migrantes en situation de grande précarité et d'autant plus des femmes qui sont plus vulnérables car elles ont un risque plus élevé de développer des symptômes anxieux et dépressifs que les hommes¹³³.

¹³³ Pannetier J. (2019). Avoir une maladie chronique n'est pas la cause première de de l'anxiété et la dépression chez les immigré-e-s d'Afrique subsaharienne. <https://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-004/>, consulté le 22 avril 2020.

Les maladies cardio-vasculaires

Ces 30 dernières années, le mode de vie des femmes a changé, elles adoptent les mêmes comportements à risque que les hommes : tabagisme, stress, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires, et, plus récemment l'alcool et les drogues. De plus, les femmes connaissent des particularités physiopathologiques de la maladie coronaire et des symptômes atypiques. Comme le montre le Rapport du COMEDE 2015, la prévalence des maladies cardiovasculaires chez les femmes en situation de grande précarité sont 2 fois plus élevées que chez les hommes. Le dépistage des maladies cardiovasculaires chez les personnes migrantes en situation de grande précarité apparaît donc comme essentiel pour la prévention des risques associés ainsi que la prise en charge précoce de la maladie.

Le diabète

En France, les personnes migrantes en situation de grande précarité sont surexposées au diabète¹³⁴ notamment du fait d'un changement de régime alimentaire, la manque d'activité physique et les difficultés d'accès à des soins réguliers ainsi que d'un suivi médical. Le diabète de type II se caractérise par un taux de glucose trop élevé dans le sang des personnes, le Dr Laurence Vittaz, diabétologue et cheffe de service d'endocrinologie de l'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-Sous-Bois, explique que « *cette maladie est insidieuse, elle ne fait pas mal immédiatement, mais peut entraîner des complications et être mortelle si elle n'est pas soignée. Si on n'est pas à l'écoute de soi, ce qui est souvent le cas des migrants préoccupés par des problèmes urgents de logements, d'argent ou de papiers, la maladie peut être négligée pendant longtemps (...) La migration engendre un bouleversement brutal des conditions de vie, qui s'accompagne d'un accès à une nourriture industrielle et sucrée, pas toujours de bonne qualité, et une activité physique amoindrie. Ce sont des facteurs qui favorisent le diabète de type 2* ». D'ailleurs, selon l'étude, la prévalence plus élevée du DT2 chez les femmes nées en Afrique et le plus faible contrôle glycémique observé dans l'ensemble de la population née en Afrique contribuent probablement à la disparité de la mortalité due au diabète par rapport aux diabétiques nés en France¹³⁵.

¹³⁴ Makooi B. (2019). En France, les migrants et immigrés sont surexposés au diabète. *Infomigrants*.

<https://www.infomigrants.net/fr/post/17104/en-france-les-migrants-et-immigres-sont-surexposes-au-diabete>, consulté le 17 avril 2020.

¹³⁵ Fosse-Edorh S., Fagot-Campagna A., Detournay B., et al. (2014). Type 2 diabetes prevalence, health status and quality of care among the North African immigrant population living in France.

L'asthme

Actuellement, plus de 300 millions de personnes souffrent d'asthme dans le monde, plus de 80 % des décès liés à l'asthme sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2011, selon l'OMS. En France, l'IRDES a évalué lors de sa dernière enquête nationale de 2006, que la prévalence de l'asthme atteignait presque les 7 % soit plus de 4,15 millions de personnes. Pour cette maladie, les inégalités restent marquées avec un net gradient social concernant à la fois la prévalence, la sévérité et le niveau de contrôle de la maladie par le traitement. Par ailleurs, il est important de relever que la précarité est un facteur aggravant et un facteur de risque de l'asthme aigu. Les personnes migrantes en situation de grande précarité, en raison de leur situation socio-économique et migratoire, font partie du groupe des patients à risque de développer un asthme aigu grave.

Les cancers : cancer du sein et cancer du col de l'utérus

La morbidité et la mortalité du cancer du col de l'utérus sont très élevées dans les pays à faibles revenus par rapport aux pays à revenus élevés. L'accès insuffisant aux services de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus explique les différences de prévalence de l'infection au papillomavirus humain. Selon l'observation de Médecins du Monde (*cf chapitre 1*), la grande majorité des femmes rencontrées n'a jamais effectué de frottis cervico-utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus et plus du quart ne sont pas à jour dans leurs dépistages d'IST. Pourtant le papillomavirus humain (PVH), qui est responsable du cancer du col de l'utérus, est l'infection virale la plus courante de l'appareil reproducteur. Nous pouvons également supposer qu'il en va de même pour le dépistage du cancer du sein, qui est pourtant le cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde et représente 16% de l'ensemble des cancers féminins. On estime à 519 000 le nombre de femmes décédées en 2004 du cancer du sein. Malgré que le cancer du sein soit considéré comme une maladie du monde développé, la majorité (69 %) de l'ensemble des décès liés au cancer du sein surviennent dans les pays en développement¹³⁶.

¹³⁶World Health Organization. (2004). The global burden of disease. *Health statistics and information systems*. 40-49.

Risques liés à la santé materno-infantile

Le risque excessif de décès maternel *post-partum* persiste chez les femmes étrangères et reste particulièrement important pour certaines nationalités et pour certaines causes de décès, comme les troubles hypertensifs. Ces résultats soulignent la nécessité immédiate de porter une attention particulière à l'inscription précoce aux programmes de soins prénatals, au dépistage et la prise en charge prénatale de l'hypertension, en particulier chez les femmes de nationalité africaine subsaharienne¹³⁷.

Les troubles ostéo-articulaires et ostéo-musculaires

Les douleurs post-traumatiques sont fréquentes chez les personnes migrantes ayant des antécédents de violence ou de torture. Elles se trouvent réactivées voire, parfois, aggravées par leur parcours d'exil, par la situation de précarité dans laquelle elles se retrouvent et s'intègrent souvent à un syndrome psychotraumatique. Les principaux symptômes sont des douleurs ostéo-articulaires ou ostéo-musculaires. Certaines de ces douleurs peuvent être handicapantes et s'aggraver au vu des conditions de vie des migrants en situation de grande précarité et sans prise en charge médico-psychologique adaptée.

Les troubles ORL : ophtalmologiques, auditifs et dentaires

Les personnes migrantes victimes de violences ou de torture souffrent fréquemment de troubles de l'acuité auditive, de rupture voire de perforation tympanique. Ces troubles peuvent être provoqués par des traumatismes sonores ou par des coups directs sur les oreilles ou le crâne. Comme tout être humain, les personnes migrantes peuvent souffrir des troubles de la vision, notamment la myopie, qui sont parfois à l'origine de maux de tête et de fatigue et peuvent être handicapant au quotidien et s'ajouter à la barrière de la langue.

Les troubles dermatologiques

Le prurit *sine materia*¹³⁸ est un symptôme cutané très fréquent chez les personnes migrantes en situation de grande précarité, il est parfois associé à une xérose¹³⁹. La gale est également

¹³⁷ Deneux-Tharoux C., Philipibert M., Bouvier-Colle M-H. (2009). Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°9.

¹³⁸ Le prurit *sine materia* est une démangeaison sans signes cutanés.

¹³⁹ Une xérose signifie que la peau est sèche.

fréquente, cette parasitose est favorisée par les conditions de vie précaires et de promiscuité mais qui peut cependant toucher l'ensemble de la population. Le symptôme principal est un prurit généralisé avec présence de lésions au niveau du pli des coudes et de l'intérieur des poignets. La gale est très contagieuse, c'est pourquoi des recommandations liées aux conditions de vie des personnes en situation de précarité (habitat collectif comme les centres d'hébergements) ont été publiées en 2012 par le Haut Conseil de Santé Publique.

Maladies infectieuses

La tuberculose

Les personnes atteintes de tuberculose présentent un ensemble de symptômes ambigus dont le diagnostic n'est pas toujours simple. À l'échelle mondiale, environ un tiers de la population mondiale est atteinte de tuberculose latente. Ces personnes courent le risque à vie de 5 à 15% que la tuberculose latente évolue vers une maladie active¹⁴⁰. Malgré une incidence nationale faible et en baisse depuis plusieurs décennies, les données épidémiologiques¹⁴¹ montrent que la tuberculose n'est pas encore maîtrisée partout en France. Comme les années précédentes, les taux de déclaration de la maladie restent plus élevés en Île-de-France dans certains groupes de population, notamment les personnes nées à l'étranger arrivées récemment en France. Cet élément souligne l'importance de ne pas relâcher la vigilance concernant la tuberculose, particulièrement pour les personnes migrantes, afin de limiter le risque épidémique. Une prise en charge précoce et adaptée permettrait également de limiter la résistance de la bactérie aux antituberculeux.

VIH/SIDA

Au sein des pays européens membres de l'OMS, 40 % des nouveaux cas de VIH dans l'UE/EEE signalés sont des personnes originaires de l'extérieur du pays déclarant. Les données épidémiologiques disponibles suggèrent qu'une part non négligeable des migrants d'Afrique subsaharienne qui vivent avec le VIH en Europe ont été infectés après leur arrivée, sans que cette proportion soit précisément connue¹⁴². D'après l'étude de l'Agence Nationale de

¹⁴⁰ World Health Organization. (2020). Tuberculosis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>, consulté le 27 mars 2020.

¹⁴¹ Antoine D., Belghiti F. Guthmann J-P., et al. (2014). Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°20.

¹⁴² Desgrees du Lou A., Pannetier J., Ravavalihasy A., et al. (2015). Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Etude ARNS-Parcours. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°40-41.

Recherche Sur le SIDA et les Hépatites virales (ANRS)¹⁴³ « *Parcours* » coordonnée par Annabel Desgrées du Loû et portant sur le parcours de vie d'immigrés d'Afrique sub-saharienne en Ile de France, « entre 35 et 49% des patients vivant avec le VIH avaient été infectés après leur arrivée en France ». Aujourd'hui, l'ANRS révèle que la majorité des infections VIH chez les personnes migrantes en situation de grande précarité surviennent dans leurs 6 premières années de vie en France. Près de la moitié des personnes migrantes atteintes par le VIH ont donc été infectées après la migration. Cela implique des remises en questions importantes pour les programmes de prévention du VIH qui sont axés sur les risques avant l'arrivée et qui seront sans doute amenés à être renforcés au sein du pays d'accueil des personnes migrantes. Il apparaît nécessaire d'améliorer la prévention dans ce groupe de population et, pour cela, de sensibiliser le grand public à mieux comprendre les facteurs déterminants de ces infections survenues en France.

Hépatites B et C

La prévalence des infections par le VHB ou le VHC varient selon le pays ou la région d'origine des migrants et diffère parmi certaines populations de migrants selon les États membres de la Région européenne de l'OMS. Une prévalence plus élevée de l'infection à VHB et à VHC a été observée chez les migrants d'Afrique subsaharienne et d'Afrique du Nord. Les prévalences du VHB et du VHC chez les migrants ont eu tendance à refléter la prévalence de l'infection à leur lieu d'origine, ce qui veut dire que, globalement, c'est dans leur pays d'origine que les migrants ont attrapé le virus. Le taux d'infection chronique par le VHB était de plus de 10 % en Asie de l'Est, dans le Pacifique et en Afrique subsaharienne ; de 4 à 6 % en Asie centrale, en Asie du Sud et en Europe orientale ; et de moins de 2 % en Afrique du Nord, dans les Caraïbes, en Amérique latine et au Moyen-Orient. La prévalence de l'infection à VHC est plus élevée chez les migrants d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Europe orientale. Les données en provenance d'Europe occidentale suggèrent que les migrants originaires de régions où la prévalence du VHB est élevée présentent des taux plus élevés d'infection chronique dans certains pays d'accueil.

¹⁴³ <http://www.anrs.fr/>

Maladies évitables et vaccination

Pour diverses raisons, les personnes migrantes peuvent arriver en Europe avec un statut vaccinal incomplet voir inconnu ce qui les rend vulnérables aux maladies évitables par la vaccination comme la diphtérie, le tétanos, la rougeole, les oreillons, la roséole etc.

Selon le rapport de l'OMS sur la santé des migrants et des réfugiés de 2019, les taux de mortalité liés aux maladies infectieuses étaient généralement plus élevés chez les migrants de cinq États membres de la Région européenne de l'OMS : Danemark, France, Pays-Bas, Espagne et Royaume-Uni (Angleterre, Écosse et Pays de Galles). La vaccination pour toutes et pour tous apparaît donc comme un enjeu majeur de santé publique en France.

2.3.2.2. La santé mentale : l'état de stress aigu et continu

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, « *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. En ce sens, elle est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* »¹⁴⁴.

Du fait du manque de sensibilisation ou de compréhension de la santé mentale, les besoins des migrants en matière de santé mentale sont souvent négligés. Leur situation irrégulière et/ou précaire, la peur permanente d'être repérés puis expulsés, leurs mauvaises conditions de vie, l'exclusion sociale ainsi que le manque de communication avec leur famille peuvent nuire à leur santé mentale. Depuis la loi sur le droit des étrangers en France de mars 2016, le droit de séjour pour soin des étrangers a été restreint. En effet, l'évaluation médicale des étrangers n'est plus faite par les médecins des Agences Régionales de Santé (ARS)¹⁴⁵ qui dépend du Ministère de la Santé mais par ceux de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)¹⁴⁶ qui dépend du Ministère de l'intérieur¹⁴⁷. Désormais la demande de

¹⁴⁴ Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=70AE0339357C27B55FB0E74BEE525F79?sequence=1, consulté le 13 mars 2020.

¹⁴⁵ <https://www.ars.sante.fr/>

¹⁴⁶ <http://www.ofii.fr/>

¹⁴⁷ Izambert C. Soigner les étrangers ? L'Etat et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours. Th D Histoire et civilisations, Paris Sciences et Lettres, 2018.

séjour pour soin doit être faite en même temps que la demande d'asile *stricto sensu*¹⁴⁸. Or, de nombreux exilés ne peuvent préciser leurs maladies et troubles qu'après recours à une prise en charge qui évalue leur état de santé. L'accès aux soins est souvent retardé par la situation très confuse des primo-arrivants mal informés des procédures administratives complexes, par leur difficulté d'obtention de la Protection universelle maladie ou l'Aide médicale d'État, par l'absence d'interprétariat professionnel, ainsi que par l'instabilité de leur résidence rendant incertaine leur sectorisation. Il est important de noter que, selon l'OFII, en 2018, près d'un quart des demandes de titre de séjour pour raison médicale relèvent de la santé mentale, et en particulier du psychotraumatisme. Pour Marie-Caroline Saglio-Yatimirsky et Laure Wolmark, les professionnels de santé voient leur possibilité de prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes limitée, elles expliquent dans la Revue Européenne des Migrations que « *dans un climat de suspicion généralisée, les soignants des hôpitaux et des associations, psychiatres, psychologues qui accompagnent les exilés peuvent se sentir mis en doute, dans la mesure où leurs préconisations pour un traitement en France sont souvent contestées. Cette suspicion infuse aujourd'hui les pratiques cliniques, où l'on observe des limites de plus en plus sensibles dans la réception des exilés en même temps que d'importants manques de moyens* »¹⁴⁹.

Qu'est-ce que l'état de stress aigu et continu ?

« *L'état de stress aigu est un ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Il implique généralement une réponse d'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscence ou de réactivité à l'événement traumatique* »¹⁵⁰.

¹⁴⁸ Saglio-Yatimirsky, M., Wolmark, L. (2018). Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. Revue européenne des migrations internationales, vol. 34(2), 21-27.

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Psychomédia. (2015). Etat de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5). <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>, consulté le 22 mars 2020.

Causes et conséquences sur la santé mentale des femmes migrantes

Les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs chez les personnes migrantes en situation de grande précarité qui vivent en France, surtout pour les femmes. Ce public est souvent ignoré dans les études en population générale¹⁵¹. Les données recueillies au sein des dispositifs de soin du COMEDE (Comité MEDical pour les Exilés) ont permis de décrire les psychotraumatismes dans une population d'exilés marquée par leur précarité administrative, par des antécédents de violence et des difficultés de communication pour les personnes non francophones. Entre 2004 et 2010, parmi les 17 836 personnes ayant consulté un médecin dans les centres de santé du COMEDE, plus de 60 % expriment avoir subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. La fréquence et les caractéristiques des maladies psychiques chez les migrants en situation de vulnérabilité nécessitent de développer le secteur de la recherche tout en y associant des enquêtes épidémiologiques et des études qualitatives, et de faire évoluer les catégories diagnostiques utilisées.

La présence de syndromes psychotraumatiques graves est étroitement liée à la fréquence et la forme des antécédents de violence lors du parcours d'exil et dans le pays d'origine. La fréquence des antécédents de violence est plus élevée chez les personnes en situation de détresse sociale, en particulier concernant la précarité du quotidien et de l'hébergement, l'isolement social et relationnel¹⁵².

D'après les résultats de l'étude *Parcours*¹⁵³, conduite entre février 2012 et mai 2013 dans 74 structures de santé d'Île-de-France, où vivent 60 % des personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en France, les femmes et les hommes en exil sont touchés par différentes formes de violences : politiques, institutionnelles et de genre. Suite à cela, ils développent des symptômes anxieux et dépressifs, des troubles de sommeil, une angoisse permanente, tristesse et dépression. Les femmes auraient un risque plus élevé de développer

¹⁵¹ Veisse A., Wolmark L., Revault P. (2012). Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20.

¹⁵² COMEDE. (2015). Soins et accompagnement. *Guide pratique pour les professionnels*, édition 2015. http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf, consulté le 3 septembre 2019.

¹⁵³ Pannetier J. (2019). Avoir une maladie chronique n'est pas la cause première de de l'anxiété et la dépression chez les immigré-e-s d'Afrique subsaharienne. <https://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-004/>, consulté le 22 avril 2020.

symptômes anxieux et dépressifs que les hommes. D'ailleurs les femmes ayant quitté leur pays à cause des menaces qui pesaient sur leur vie ou pour des raisons médicales présentent plus souvent des symptômes anxio-dépressif que les hommes migrants. Suite à ces constatations, une pétition intitulée « *Les troubles psychiques de migrants niés par nos institutions publiques* » a été signée par des psychiatres et psychologues puis adressée à la Ministre de la Santé et de la Solidarité de l'époque, Agnès Buzyn¹⁵⁴.

Les limites de prise en charge en santé mentale des personnes migrantes vont aggraver l'incompréhension des soignants et de la population civile face à « *un public d'étrangers perçus comme trop demandeurs sinon profiteurs* »¹⁵⁵. Elles vont également aggraver le sentiment d'impuissance des soignants car les lacunes de formation à ce public vulnérable ainsi que le manque de moyens en France rencontrent la « crise de la psychiatrie française ». Toute personne ayant été victime de traumatismes répétés se révèle psychiquement extrêmement fragile donc il apparaît que, non seulement le soin est capital dès son arrivée, mais qu'en plus l'intégration sociale peut être compromise si les dispositifs d'accueil n'ont pas permis au sujet de renforcer ses ressources psychiques, son sentiment de sécurité, ses capacités de mise en mots¹⁵⁶.

Les enjeux de santé publique de la santé mentale sont bien résumés au sein de la synthèse bibliographique récente de l'IRDES : « *L'étude de la santé des migrants est intéressante à plusieurs titres. En épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chroniques. En santé publique, elle entre dans le champ de l'examen des populations vulnérables. Mais il s'avère très difficile d'avoir une vision globale de l'état de santé des migrants, d'une part pour des raisons idéologiques, d'autre part du fait de la diversité des populations, des biais de déclaration dans les enquêtes ou de la sous-estimation des données de mortalité [...]* »¹⁵⁷.

¹⁵⁴ Iribarnegaray S. Saglio-Yatzimirsky M-C. (2019). Les troubles psychiques des migrants niés par nos institutions publiques. Centre primo levi. <https://www.primolevi.org/actualites/les-troubles-psychiques-des-migrants-nies-par-nos-institutions-publiques.html>, consulté le 19 mars 2020.

¹⁵⁵ Petit, V. & Wang, S., *La santé mentale en migrations internationales. Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34(2), 7-20, 2018. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2018-2-page-7.htm>

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ IRDES. (2020). La santé en France : éléments de bibliographie. *La santé en France*. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-en-france-elements-de-bibliographie.pdf>, consulté le 22 mars 2020.

Chapitre 3 : La place du pharmacien vers un meilleur accès aux soins des migrants en France

Les États parties au Pacte International Relatif aux Droits Économiques, sociaux et Culturels sont tenus de garantir : l'accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de prévention, de traitement et de réadaptation, ainsi qu'à l'éducation en matière de santé, la mise en place de programmes réguliers de dépistage, un traitement approprié, de préférence à l'échelon communautaire, des affections, maladies, blessures et incapacités courantes, l'approvisionnement en médicaments essentiels et la fourniture de traitements et de soins appropriés de santé mentale. C'est dans ce contexte que plusieurs pistes d'amélioration sur l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité seront évoquées dans ce chapitre. Afin d'appuyer ces propositions d'amélioration, j'ai réalisé une enquête à l'aide d'un questionnaire auprès de cent pharmaciens et étudiants en pharmacie sur la thématique de l'accès aux droits à la santé des migrants en France. Les réponses à ce questionnaire seront évoquées et mises en contexte tout au long du chapitre 3.

Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, 49 % d'entre elles sont étudiants en pharmacie, 38% sont pharmaciens adjoint, assistant ou remplaçant et 3 % sont pharmaciens titulaires.

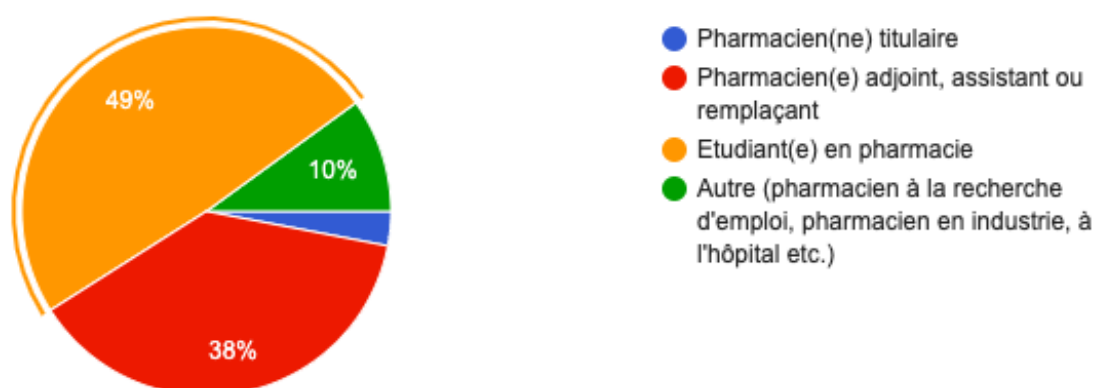


Figure 24. Ratio pharmacien/étudiants en pharmacie ayant répondu au questionnaire

La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire ont entre 20 et 30 ans (90 %).

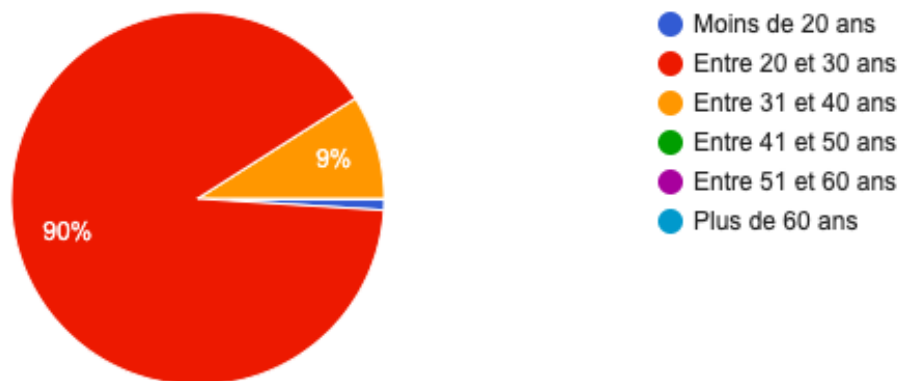


Figure 25. Répartition d'âge des personnes ayant répondu au questionnaire

La très grande majorité des pharmaciens et des étudiants en pharmacie ayant répondu au questionnaire est intéressée par la thématique de l'accès aux droits à la santé des migrants en France.

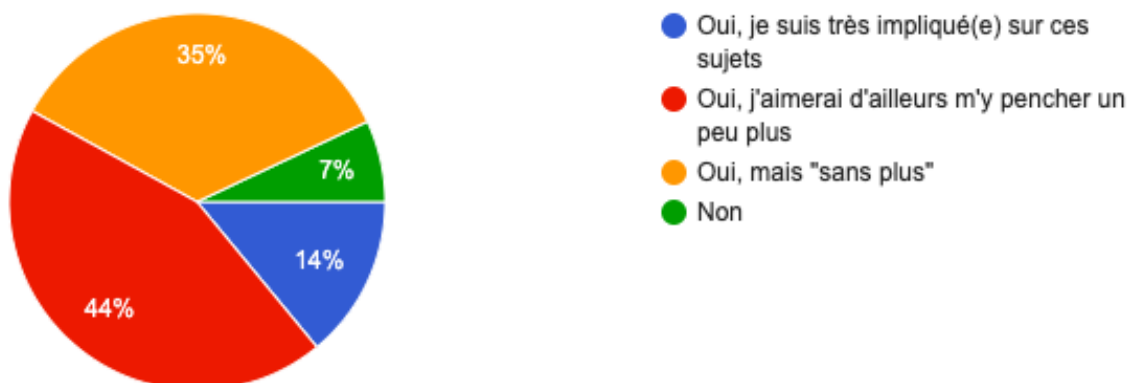


Figure 26. Intérêt des pharmaciens pour la thématique de l'accès aux droits à la santé des migrants

Par ailleurs, plus de 90 % d'entre eux sont sensibles aux thématiques humanitaires et de solidarités.

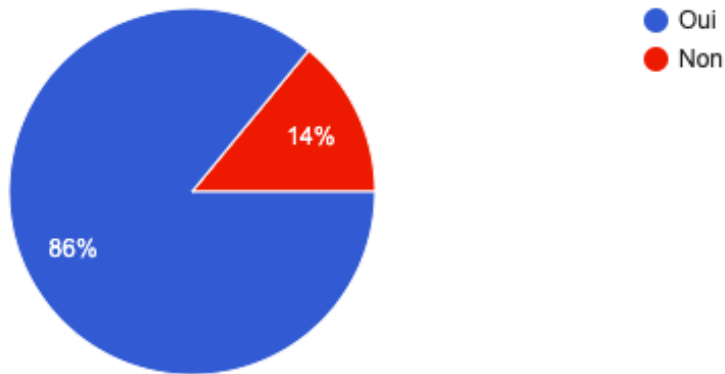


Figure 27. Intérêt des pharmaciens pour les thématiques humanitaires et de solidarités

La majorité des pharmaciens et étudiants en pharmacie interrogés (74 %) souhaiteraient être plus informée sur la situation migratoire actuelle en France et plus de 80 % souhaiteraient être plus informée sur l'état de santé des migrants en France.

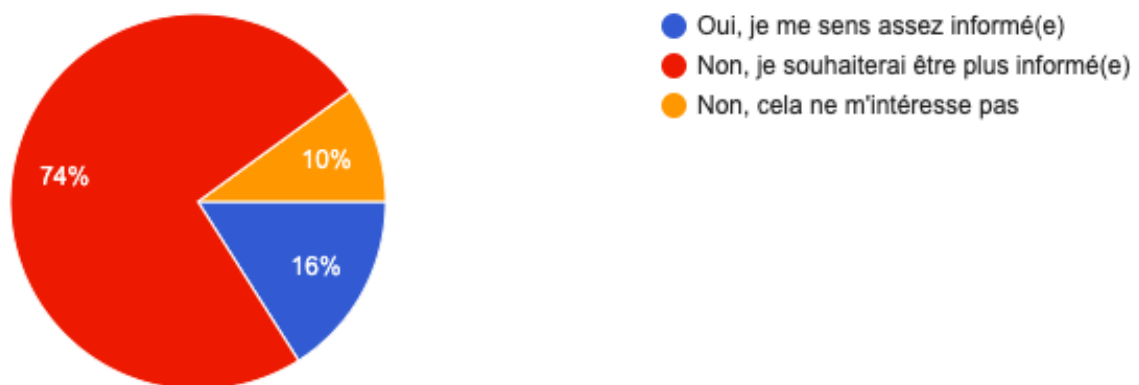


Figure 28. Intérêt des pharmaciens pour la situation migratoire actuelle en France.

3.1. Une protection maladie protectrice, universelle et accessible à tous

Le durcissement de l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité est à l'ordre du jour du débat parlementaire sur l'immigration ces derniers mois. Parmi les annonces qui ont été faites le 4 novembre 2019 lors d'une rencontre à Matignon, il y a l'instauration d'un délai de carence de trois mois pour accéder à la Protection universelle maladie (PUMA) pour les demandeurs d'asile¹⁵⁸. En deçà de ce délai, ils n'auront accès qu'aux soins urgents et vitaux. Cette mesure serait, entre autres, justifiée par le fait qu'elle permette un alignement sur le délai d'accès à l'Aide Médicale d'État ou à la Sécurité sociale pour les personnes migrantes en situation irrégulière et les demandeurs d'asile. En effet, afin de bénéficier de l'AME les ayants-droits devaient justifier d'au moins 3 mois de présence sur le territoire français, or les demandeurs d'asile peuvent bénéficier de la PUMA dès le dépôt de leur demande d'asile. Pour Christian Reboul, référent migration, droits et santé à Médecins du monde (MdM) « *Il y aura une aggravation des pathologies et une convergence vers les urgences. On va précariser davantage des personnes qui sont déjà en situation de vulnérabilité, quand on sait aujourd'hui que la moitié de ceux qui se trouvent dans les campements sont des demandeurs d'asile* ». Les dispositifs de Permanences d'Accès aux Soins de Santé des hôpitaux publics, Centres médico-sociaux ainsi que les associations médicales sont déjà saturés. Limiter l'accès aux droits de santé des personnes en situation de grande précarité constitue un obstacle supplémentaire dans l'accès aux soins tant pour le public cible que pour les acteurs de santé.

Selon l'IGAS et l'IGF, le dispositif français d'accès aux soins des personnes migrantes en situation irrégulière est l'un des plus généreux de l'Union européenne ; il est aussi le plus transparent en matière de dépense publique. L'AME s'inscrit dans un cadre juridique constitué des engagements internationaux de la France, diversement contraignants, du droit européen et de plusieurs décisions du Conseil constitutionnel et du Conseil d'État. Ce cadre, commun aux États membres de l'Union Européenne, définit un socle minimum de soins aux étrangers

¹⁵⁸ Rescan M., Pascual J. (2019). Le gouvernement s'attaque à la couverture maladie des demandeurs d'asile. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/politique/article/2019/11/05/immigration-le-gouvernement-s-attaque-a-la-couverture-maladie-des-demandeurs-d-asile_6018070_823448.html, consulté le 2 mai 2020.

en situation irrégulière notamment pour les situations d'urgence et pour les populations les plus vulnérables (mineurs et femmes enceintes). En dépit d'un socle juridique commun à l'ensemble des États membres de l'Union européenne, le dispositif français apparaît singulier tant par sa logique d'ouverture de droits que par la définition d'un panier de soins proche de celui du droit commun.

Dans ce contexte, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers a publié un rapport sur les bénéficiaires, tant économiques qu'en matière de santé publique, de l'inclusion de l'Aide Médicale d'État (AME) dans le régime de la Sécurité sociale. Rappelons que les bénéficiaires de l'AME sont des personnes migrantes en situation de grande précarité (*cf. chapitre 2*), de ce fait, ils sont plus souvent exposés à des risques de santé en raison de leurs conditions de vie (hébergement précaire, ressources, insalubrité, vie à la rue...). Aujourd'hui, le budget annuel de l'AME de droit commun s'élève à 923,7 millions d'euros, soit moins de 0,5% du total de l'ONDAM fixé le 4 décembre 2017 par le législateur à 195,2 milliards. Fin 2018, 318 106 étrangers en situation irrégulière bénéficiaient de l'AME. La dépense de santé moyenne par bénéficiaire est d'environ « 2 600 euros » par an, a indiqué la ministre de la santé, Agnès Buzyn. Par ailleurs, en 2018, la dépense de soins des 122 743 demandeurs d'asile est estimée par la mission à plus de 200 millions d'euros, cela représente environ 1600 euros par demandeur d'asile en moyenne. A titre indicatif, selon la DREES, en France, les dépenses de santé s'élèvent à 203,5 milliards d'euros en 2018, cela représente 3 037 euros par habitant en moyenne¹⁵⁹.

Selon l'IGAS¹⁶⁰ et l'IGF¹⁶¹, cette différence de dépense de santé entre les bénéficiaires de l'AME et les demandeurs d'asile (bénéficiaires de la PUMA) s'explique par le fait que deux tiers de la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME sont représentés par les soins hospitaliers. De plus, leur consommation de médicaments est supérieure à celle des assurés sociaux pour les traitements associés aux maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose), aux dépendances et à la toxicomanie ou encore pour les antalgiques et anti-inflammatoires, ce dernier point reflétant sans doute un état de santé dégradé¹⁶².

¹⁵⁹ Ministère de la Santé. (2019). 3037 euros de dépense de santé par habitant en 2018. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiqués-de-presse/article/3-037-euros-de-dépense-de-santé-par-habitant-en-2018>, consulté le 3 mai 2020.

¹⁶⁰ <http://www.igas.gouv.fr/>

¹⁶¹ <http://www.igf.finances.gouv.fr/>

¹⁶² IGF et IGAS. (2019). L'aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions. <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>, consulté le 24 avril 2020.

3.1.1. Vers une fusion de l'AME au sein du dispositif PUMA de la Sécurité sociale

Voici les principaux avantages, tant économique qu'en matière de santé publique, d'une fusion de l'AME au sein du dispositif de la PUMA :

3.1.1.1. *Répondre à un enjeu de santé publique de prévention et d'accès aux soins*

Comme énoncé dans les chapitres précédents, l'existence du double régime a des conséquences concrètes dans l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité (vaccination, prévention...). Inclure l'AME dans le régime de la Sécurité sociale (PUMA) permettrait aux personnes migrantes en situation irrégulière d'avoir accès à un médecin traitant et donc de pouvoir bénéficier d'un parcours de soins coordonné. Cela permettrait également qu'ils puissent avoir accès aux programmes de prévention de la CNAM (programme « M T dents », campagnes de dépistage des cancers du côlon, du sein et du col de l'utérus, programme « Sophia » pour l'accompagnement des maladies chroniques).

Aujourd'hui, la prévention est affichée commun objectif majeur de la politique de santé, en exclure les personnes migrantes en situation de grande précarité apparaît comme particulièrement inadapté en matière de santé publique. D'autant plus que le dernier rapport de Médecins du Monde (*cf. chapitre 1*) montre que les personnes migrantes en situation de grande précarité sont peu vaccinées, puisque à peine un tiers des patients sont à jour pour la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons, tandis qu'une sur deux est vaccinée contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose.

3.1.1.2. *Faciliter les démarches administratives pour les professionnels de santé, du social et des caisses de l'assurance maladie*

Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte vitale ce qui induit des démarches administratives plus lourdes que pour les détenteurs de carte vitale, parfois et encore trop souvent prétextes à des refus de soins de la part des professionnels de santé. D'ailleurs, parmi

les propositions d'amélioration du dispositif AME par l'IGAS et l'IGF, apparaît celle de « fluidifier la facturation et le suivi de la dépense de soins de ville en transformant la carte AME en une carte à puce de type carte Vitale, permettant la télétransmission et le suivi des prescriptions et consommations pharmaceutiques ; à défaut, pousser aussi loin que possible la dématérialisation en mode dégradé ».

En termes de santé publique, l'obtention d'une carte à puce type carte Vitale pour les bénéficiaires de l'AME permettrait qu'ils puissent avoir accès à un Dossier Médical Partagé, ce qui constituerait un enjeu de santé publique notamment vis-à-vis de leur suivi médical. D'autant plus que cette mesure s'appliquerait dans un contexte où ils ne bénéficient pas d'un parcours de soins coordonné, faute de médecin traitant déclaré.

Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, 51 % des pharmaciens et des étudiants en pharmacie trouvent que l'Aide Médicale d'État entraîne des difficultés administratives par rapport à un patient qui bénéficie d'une Carte Vitale.

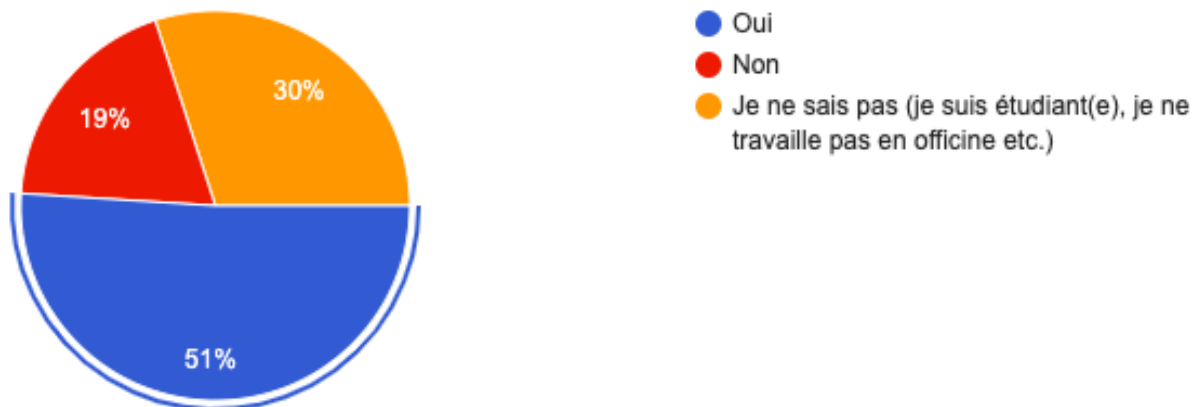


Figure 29. Taux de pharmaciens ayant rencontré des difficultés administratives avec l'AME

Par ailleurs, 93 % d'entre eux sont favorables à ce que la carte d'AME soit remplacée par une carte à puce type carte vitale. L'objectif étant de simplifier les démarches administratives et de permettre la création d'un Dossier Médical Partagé (DMP) ou Dossier Pharmaceutique (DP) pour ces patients.

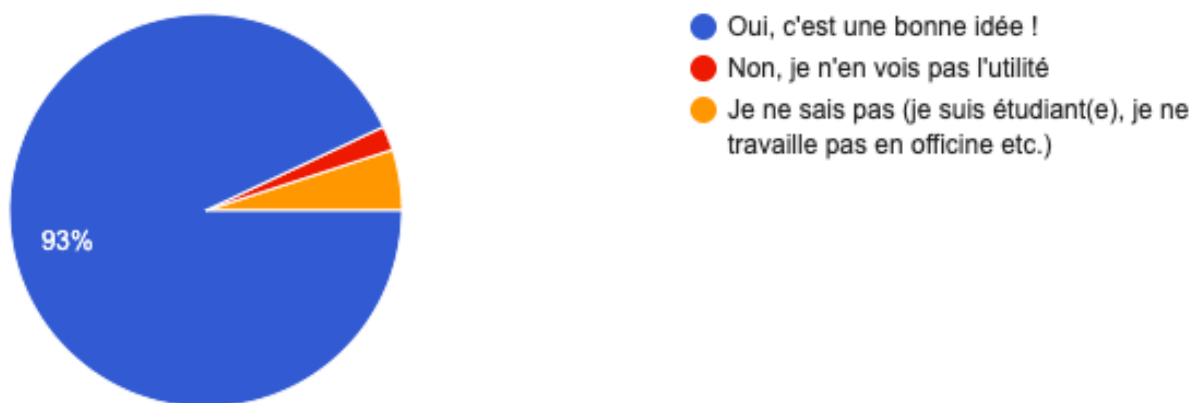


Figure 30. Taux de pharmaciens favorable à ce que la carte d'AME soit une carte à puce

Selon la mission de l'IGAS et l'IGF, les procédures de constitution des dossiers et d'échanges avec les CPAM, qui mobilisent le service social, et les procédures de facturation apparaissent particulièrement chronophages et coûteuses pour les hôpitaux¹⁶³. La complexité des règles de facturation empêche en outre les hôpitaux d'imputer à l'AME ou aux soins urgents l'intégralité des soins aux étrangers en situation irrégulière. Ceci conduit à une sous-évaluation de la dépense hospitalière ainsi que des frais de gestion. Au sein des hôpitaux, 3 tâches apparaissent particulièrement comme chronophage :

- La constitution des dossiers de demande et les échanges avec les CPAM mobilisent fortement le service social des hôpitaux : le temps moyen consacré à un dossier s'établit généralement entre 4h30 et 6h30 ;
- En cas d'incomplétude des dossiers, les aller-retours entre hôpital et CPAM peuvent être nombreux et l'instruction s'allonger puisqu'un dossier incomplet ne fait pas l'objet de traitement priorisé lorsqu'il est à nouveau présenté ;
- La facturation des soins au titre des soins urgents et vitaux : toute facturation à ce titre est conditionnée à l'obtention d'un refus d'AME et suppose de constituer un dossier de demande d'AME en premier lieu.

¹⁶³ IGF et IGAS. (2019). L'aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions. <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>, consulté le 24 avril 2020.

Grâce à l'inclusion de l'AME dans le dispositif de la Sécurité sociale, les hôpitaux des zones les plus touchées par la précarité, qui aujourd'hui soignent de nombreux bénéficiaires de l'AME, pourraient donc bénéficier d'une simplification du traitement administratif et couvrir les frais liés à ses démarches par l'assurance maladie.

3.1.1.3. *Faire réaliser des économies à notre système de santé*

Faciliter l'accès aux soins par un meilleur accès aux droits permet d'éviter des surcoûts liés aux retards des soins et protège les finances hospitalières. De plus, le panier de soins de l'AME reste très proche de celui couvert par la PUMA, le principal surcoût de dépense concernerait les lunettes, audioprothèses et prothèses dentaires, qui seraient prises en charge intégralement alors qu'elles ne le sont aujourd'hui qu'à hauteur de la part obligatoire. Cette partie des dépenses en santé « hors paniers de soins AME » serait amortie par la diminution des surcoûts liés aux retards de soins et des recours aux soins « urgents ». Comme le montrent plusieurs études en France et en Europe, le coût de la prise en charge d'une maladie qui atteint le stade de l'urgence est beaucoup plus élevé que celui de son traitement au long cours : plus on tarde à soigner une pathologie, plus les traitements seront lourds, donc coûteux. Le rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA)¹⁶⁴ démontre que les États membres de l'UE réduiraient leurs dépenses relatives aux soins de santé des migrants, si les traitements étaient délivrés avant qu'ils ne deviennent urgents¹⁶⁵.

3.1.1.4. *Enrayer le renoncement aux soins*

L'intégration de l'AME dans le régime général favoriserait l'accès à la médecine de ville, essentielle pour un dépistage et un traitement précoce des maladies chroniques, et viendrait limiter la convergence vers les services d'urgence hospitaliers, souvent saturés et dont les coûts sont plus importants pour la société. Cela permettrait également de diminuer d'une part, le renoncement aux soins par ses bénéficiaires et, d'autre part, les refus de soins liés à

¹⁶⁴ https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/fra_fr

¹⁶⁵ European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). Cost of exclusion from healthcare : The case of migrant in an irregular situation. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf, consulté le 29 avril 2020.

la complexité des démarches administratives par les professionnels de santé de ville (médecins généralistes, spécialistes, laboratoires etc.).

En 2010, le rapport de l'IGF et de l'IGAS¹⁶⁶ proposait une extension de la CMU (devenue la PUMA) et de la CMU-C (devenue la complémentaire santé solidaire, CSS) aux étrangers en situation irrégulière et, à défaut, une « harmonisation rapide des pratiques administratives ». En 2019, le rapport de l'IGF et de l'IGAS¹⁶⁷ montre à nouveau que cette extension présente l'avantage de simplifier radicalement la gestion du dispositif AME qui est particulièrement lourde et onéreuse aujourd'hui pour l'Assurance maladie et pour les prestataires de soins. Cette extension pourrait être applicable « à supposer qu'un délai de carence de trois mois soit instauré pour l'ouverture des droits PUMA ». Or depuis l'adoption du décret n°2019-1531 du 30 décembre 2019, les demandeurs d'asile doivent maintenant respecter un délai de carence de trois mois avant de pouvoir prétendre à la PUMA, ce qui lève donc cet obstacle à la fusion de l'AME dans la PUMA.

Malgré tous les avantages, autant économiques qu'en terme de santé publique, que présente l'inclusion de l'AME au sein du dispositif de la Sécurité sociale (PUMA), l'IGAS et l'IGF émettent des réserves à cette éventualité. En effet, le rapport de mission de l'IGAS et l'IGF révèle que cela entraînerait une reconfiguration « trop profonde » du système de santé : « Une convergence avec les dispositifs en vigueur chez nos voisins européens ou une extension de la PUMA aux étrangers en situation irrégulière supposeraient une reconfiguration trop profonde du système de santé pour constituer une perspective crédible »¹⁶⁸.

Parmi les difficultés de l'extension de l'AME à la PUMA révélées le rapport de l'IGAS et l'IGF, on trouve les faits que :

- D'un point de vue financier : le suivi de la dépense par le Parlement et sa compensation par l'État (à moins d'un transfert intégral à la Sécurité sociale du budget de la protection santé des non-assurés sociaux) pourraient être complexifiés ;

¹⁶⁶ IGAS et IGF (2010). Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000685.pdf>, consulté le 24 avril 2020.

¹⁶⁷ IGAS et IGF. (2019). L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions. <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>, consulté le 24 avril 2020.

¹⁶⁸ Ibid.

- D'un point de vue financier : l'extension de la CSS à des non-assurés sociaux poserait nécessairement question puisqu'elle mettrait principalement à contribution les complémentaires santé ;
- D'un point de vue politique : toutes les mesures introduites depuis 1999 pour réduire le panier de soins de l'AME vis-à-vis de celui des assurés sociaux seraient ipso facto abrogées, ce qui pose la question de l'acceptabilité politique de la mesure ;
- D'un point de vue législatif : des cartes Vitale seraient distribuées à des personnes dont l'état civil n'est pas fiabilisé, ce qui pour la CNAM semble constituer un obstacle majeur ;
- D'un point de vue législatif : cette solution impliquerait de faire coexister au sein de la PUMA des bénéficiaires qui ne rempliraient ni la condition de régularité de présence sur le territoire, ni celle de contribution au financement de la Sécurité sociale, fondements du dispositif.

L'extension de l'AME à la PUMA apparaît donc comme envisageable d'un point de vue économique pour l'État. De plus, les modalités concrètes de protection santé des étrangers en situation irrégulière ne changeraient pas fondamentalement puisque le panier de soins de l'AME est proche de celui des assurés sociaux. Cette extension est soutenue par de nombreux acteurs étatiques, associatifs et de la santé. Parmi eux : l'IGAS, IGF (dans leurs rapports de 2007 et 2010) ; le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) ; le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) ; le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) ; le Défenseur des droits et l'Académie nationale de médecine. Actuellement, d'après l'IGAS et l'IGF, les seules limites concrètes de l'inclusion de l'AME au sein du dispositif de la Sécurité sociale apparaissent au niveau législatif et politique.

3.1.2. Vers une Couverture Santé Universelle :

Durant la semaine de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGA), précisément le 23 septembre 2019, s'est tenue la réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) sur la Couverture Santé Universelle (CSU). Cet événement a réuni des chefs d'État, des dirigeants

politiques et du secteur de la santé, des responsables de l'élaboration des politiques et des défenseurs de la couverture sanitaire universelle pour plaider en faveur de la santé pour tous. La couverture sanitaire universelle signifie que chacun puisse avoir accès, au moment et à l'endroit où il en a besoin, aux services de santé dont il a besoin sans être confronté à des difficultés financières. Fortement ancrée dans les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle est l'une des grandes priorités de l'OMS et constitue l'un des objectifs du triple milliard.

L'OMS travaille avec les États Membres, ses partenaires et d'autres acteurs clés pour aider les pays du monde entier à parvenir plus rapidement à la couverture sanitaire universelle. Cette réunion avait pour objectifs d'obtenir des engagements financiers et politiques des pays et à soutenir les investissements dans le domaine de la santé afin d'accélérer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle, y compris l'accès aux services de santé essentiels, tels qu'une main-d'œuvre qualifiée, la protection contre les risques financiers et l'accès pour tous à des médicaments et vaccins sûrs, efficaces, de qualité et abordables.

Les demandes clés du Mouvement pour la Couverture Santé Universelle qui seront exprimées lors de l'Assemblée générale des Nations Unies sont¹⁶⁹ :

1. Garantir une impulsion politique au-delà de la santé – s'engager à réaliser la CSU pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être ;
2. Ne laisser personne de côté – rechercher l'équité dans l'accès à des services de santé de qualité avec une protection financière. (ODD 3.8.1 et 3.8.2)¹⁷⁰ ;
3. Réguler et légiférer – créer un environnement régulateur et juridique solide et habilitant qui réponde aux besoins des populations ;
4. Défendre la qualité des soins – mettre en place des systèmes de santé de qualité qui inspirent confiance aux personnes et aux communautés. (ODD 3.8.1) ;

¹⁶⁹ Nations Unies. (2019). Œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé : Demandes clés du Mouvement pour la CSU. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/HLM_UHC_Key_Ask_French_Translation.pdf, consulté le 19 avril 2020.

¹⁷⁰ Nations Unies. (2019). Objectifs de développement durable. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>, consulté le 19 avril 2020.

5. Investir plus, investir mieux – soutenir le financement public et harmoniser les investissements de santé. (ODD 3.8.2) ;
6. Avancer ensemble – établir des mécanismes multipartites afin de mobiliser l'ensemble de la société pour un monde en meilleur santé. (Objectif CSU2030)¹⁷¹.

Depuis 2012, la France mène un plaidoyer au plus haut niveau en faveur de la CSU auprès des organisations et enceintes internationales. Cet engagement a abouti en septembre 2015 à l'adoption de la CSU comme l'une des cibles du nouvel *Agenda 2030* pour les objectifs de développement durable (ODD)¹⁷². La mise en place de la Couverture Santé Universelle constitue un investissement dont les bénéfices vont bien au-delà des domaines de la santé et du bien-être (ODD 3). Elle favorise également une croissance économique inclusive et durable (ODD 8), de meilleurs résultats scolaires des enfants, des adolescents et des jeunes (ODD 4), et un meilleur état nutritionnel de la population (ODD 2).

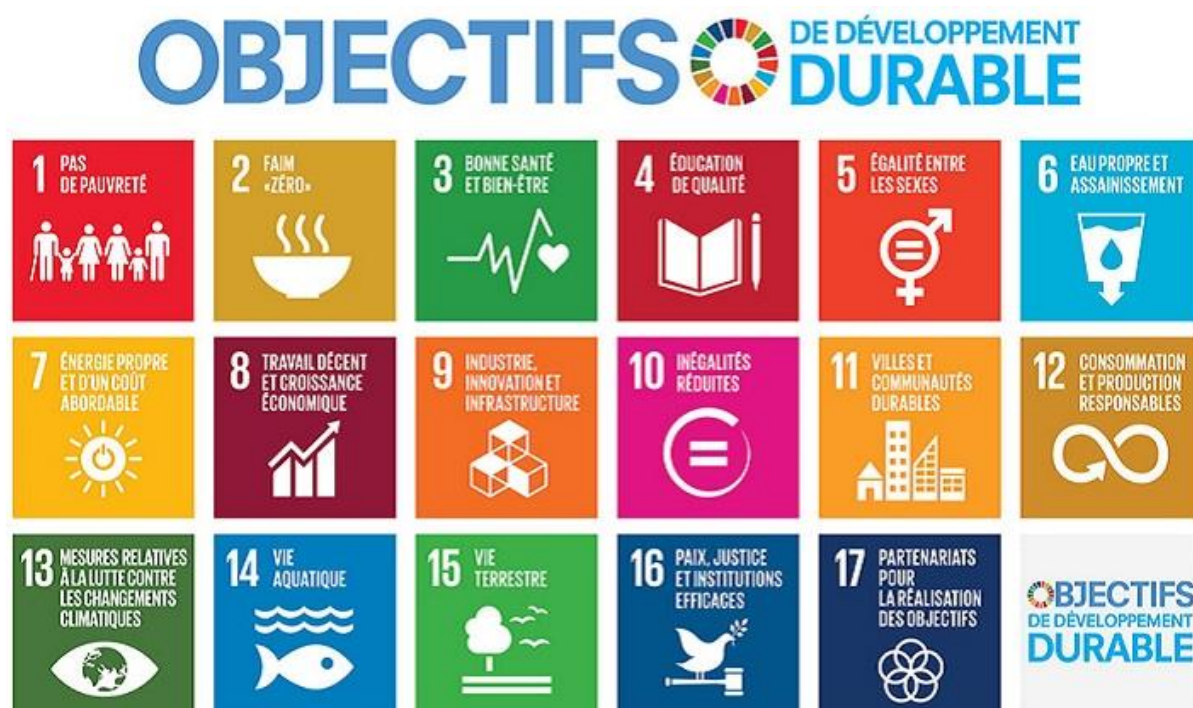


Figure 31. Objectifs du développement durable, d'après l'OMS¹⁷³

¹⁷¹ Nations Unies. (2019). Œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé : Demandes clés du Mouvement pour la CSU. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/HLM_UHC_Key_Ask_French_Translation.pdf

¹⁷² <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>, consulté le 19 avril 2020.

¹⁷³ Nations Unies. (2019). Objectifs de développement durable. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>, consulté le 19 avril 20

Au cours de la réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) sur la Couverture Santé Universelle (CSU) le texte intitulé « *Couverture sanitaire universelle : Agir ensemble pour bâtir un monde en meilleure santé* », a été adopté par les États Membres. Il engage les États Membres à fournir des financements adéquats et durables pour appuyer les efforts déployés au niveau national pour atteindre la couverture sanitaire universelle, mais aussi à assurer, d'ici à 2030, l'universalité de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Selon le Secrétaire général de l'ONU, M. António Guterres, cette Déclaration est « non seulement l'accord le plus global jamais passé sur la santé universelle », mais aussi « une vision pour la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 ».

Le programme de la CSU 2030 vise à stimuler le progrès au cours de la prochaine décennie pour traiter des maladies transmissibles, notamment le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, mais aussi les maladies non transmissibles et la résistance aux agents antimicrobiens à travers des systèmes de santé de base robustes et résilients. Il vise également à ce que tous les États Membres mettent l'accent sur l'accessibilité aux médicaments et aux vaccins, s'inquiétant par ailleurs de l'impact de nouveaux phénomènes comme la résistance aux antibiotiques et l'émergence de superbactéries.

La France encourage également les différents fonds thématiques de la santé, notamment le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme et GAVI, l'Alliance du vaccin, à agir pour renforcer les systèmes de santé nationaux. La France soutient en effet de manière directe les pays dans la définition et la mise en œuvre de politiques de CSU via son aide au développement bilatérale gérée par l'Agence française de développement (AFD) et Expertise France, opérateurs du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Ceux-ci ont fait de la CSU un axe prioritaire d'intervention.

3.2. Des dispositifs destinés à améliorer la prise en charge des personnes en situation de grande précarité

3.2.1. Les dispositifs de « soins gratuits »

3.2.1.1. *Les Programmes Régionaux de Santé Publique (PRAPS)*

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, des mesures au niveau régional ont été instituées par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Parmi elles se trouve celles relatives aux PRAPS : « Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins ». Ils s'inscrivaient alors dans l'axe « Promotion de la Santé » des Programmes Régionaux de Santé Publique (PRSP). Les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, complémentaires santé, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'État. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de grande précarité. Les actions du PRAPS consiste en la mise en place de lieux d'écoute, de formations ou de consultations.

L'élaboration des PRAPS repose sur un dialogue entre le niveau régional et le niveau local. Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) coordonnent l'intervention des divers partenaires. Les objectifs prioritaires évoqués par la circulaire N° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 visent à :

- garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources ;
- faciliter l'obtention de l'aide médicale de l'État aux personnes qui remplissent les conditions fixées par la loi ;
- améliorer le dépistage organisé du cancer du sein ;
- promouvoir la santé des élèves, avec comme objectif prioritaire la visite médicale à 6 ans et les suites nécessaires à cette visite ;

- réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux, plus particulièrement la lutte contre le saturnisme et à l'intoxication au monoxyde de carbone.

Les PRAPS se déclinent au niveau local en Atelier Santé Ville (ASV). Ces ateliers visent à mettre en œuvre les PRAPS, leurs objectifs et leurs actions afin de lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion. En France, il existe 270 ASV dont 9 sont implantés en Normandie (dont 1 à Rouen). Les ASV sont à la croisée des chemins entre la politique de la Ville et la politique de santé, il apparaît donc comme essentiel que les professionnels de santé puissent participer à ces ateliers et soient au courant de leurs actions.

Parmi les pharmaciens et les étudiants en pharmacie ayant répondu au questionnaire, 92 % ne connaissent pas le PRAPS et sa déclinaison au niveau local : les ASV. Le pharmacien apparaît comme majoritairement exclu de ce dispositif. Pourtant, en tant qu'acteur de santé de proximité, il pourrait jouer un rôle clé dans la mise en place d'actions de prévention et de sensibilisation à destination de toutes et tous. Inclure le pharmacien au sein des Ateliers santé ville permettrait d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de grande précarité.

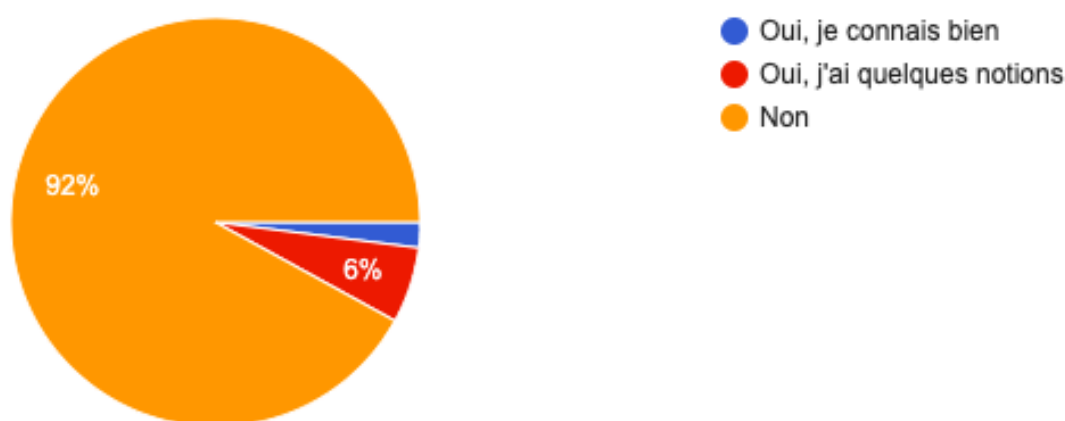


Figure 32. Taux de pharmaciens connaissant le dispositif PRAPS et les ASV

3.2.1.2. *Les Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)*

Les objectifs des PRAPS sont relayés par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998. Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies aux organismes de santé. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Les PASS proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Elles sont implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie...). Les PASS travaillent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, Samu social, les centres de santé ou de vaccination, services municipaux de santé et centres communaux d'action sociale, centres spécialisés (hébergement, obésité, cancer, VIH, soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), les services de protection maternelle et infantile et le planning familial, les centres médico-psychologiques, les ateliers santé ville, des opérateurs privés (laboratoires, sociétés d'imagerie), des associations humanitaires, etc.

Cependant, les PASS ne fonctionnent pas de la même façon, notamment en matière de modalités d'organisation et de prestations. Les PASS dites « dédiées » ou « centralisées » sont des services à part entière au sein des hôpitaux AP-HP avec un emplacement et un personnel dédié dans certains cas. Les PASS transversales n'ont pas de locaux dédiés, les patients sont pris en charge dans les différents services de l'hôpital en bénéficiant d'une prise en charge sociale au sein du service social hospitalier. Selon l'étude de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en 2013 seules un quart des PASS satisfaisaient aux critères d'exigence fixés (à savoir : disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10 % de temps médical dédié, d'accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, de recours à l'interprétariat, de signalétique au sein de l'établissement, de protocoles entre les services

de l'établissement...)¹⁷⁴. Les PASS sont inégalement effectives selon les régions et les villes, les prestations qu'elles proposent ne couvrent pas l'ensemble des besoins en santé des personnes en situation de grande précarité, notamment l'accès aux soins dentaires, aux soins psychiatriques et pédiatriques et aux soins oncologiques. Elles sont souvent saturées et certaines proposent des plages horaires trop restreintes pour les populations concernées, le service conseille d'ailleurs d'arriver au moins une heure avant l'ouverture du dispositif, afin d'être sûr que le patient puisse être reçu par le médecin. La majorité des PASS ne disposent pas d'un service d'interprétariat professionnel c'est pourquoi le recours à l'interprétariat est souvent endossé par un proche ou une tierce personne entraînant parfois des difficultés de compréhension et des problèmes de confidentialité. Tous ces facteurs entraînent des risques de retard voire de renoncement aux soins des personnes en situation de précarité.

Par ailleurs pour certains territoires, la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie du dispositif semble complexe du fait des difficultés pour les personnels des PASS à pouvoir relayer la prise en charge des patients vers la médecine de ville. Cela est dû à des refus de soins pour les publics disposant de l'AME, ainsi qu'à la saturation de certains dispositifs de prise en charge médicale.

Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, plus de 40 % ne connaissent pas les dispositifs PASS, ce qui contribue à complexifier la continuité des soins à la sortie du dispositif.

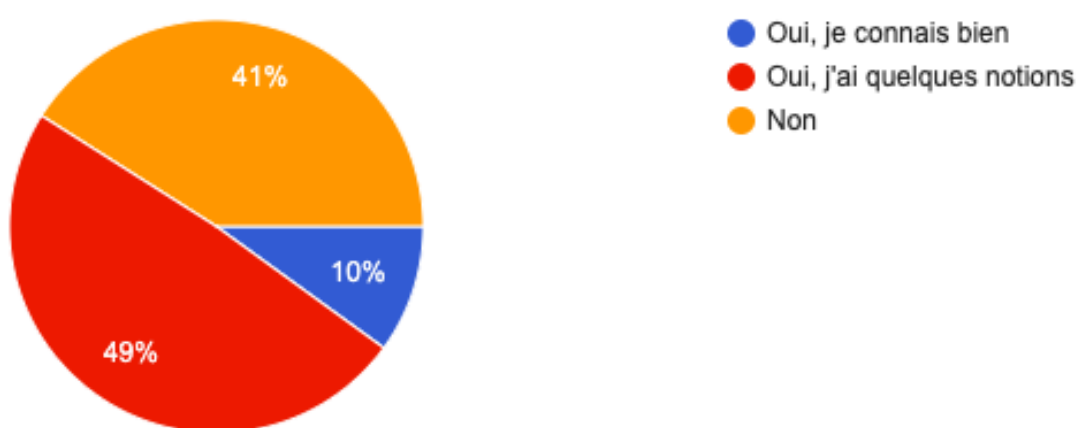


Figure 33. Taux de pharmaciens connaissant le dispositif PASS

¹⁷⁴ Ministère chargé de la santé. (2018). Les chiffres clés de l'offre de soins. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf, consulté le 21 avril 2020.

3.2.1.3. *Les Équipes mobiles psychiatrie-précarité*

Les équipes mobiles psychiatrie-précarité, dont le cadre d'action est fixé par la circulaire du 23 novembre 2005, interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leurs parcours de soins mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale. En 2011 près de 110 EMPP étaient comptabilisées et elles recensaient plus de 200 professionnels principalement infirmiers, psychiatres et psychologues et, dans une moindre mesure, assistants sociaux. Le plus fréquemment, ce sont les psychiatres qui coordonnent l'équipe dont le fonctionnement fait l'objet d'une formalisation dans les projets médicaux des établissements. Les EMPP sont réparties dans toutes les régions françaises : en moyenne, leur aire d'intervention couvre des territoires d'environ 350 000 habitants.

Cependant, face à l'inadaptation de l'offre de soin à certaines situations spécifiques (rendez-vous lointains, non-remboursement des consultations), l'accès aux soins psychiatriques pose des difficultés aux personnes précarisées. Pour les professionnels de la psychiatrie, la précarité sociale vient accroître les difficultés à concevoir et mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse avoir une chance de conduire à une réinsertion durable en milieu ordinaire. Se pose notamment la question de la continuité des soins. De leur côté, les travailleurs sociaux se sentent peu formés, peu soutenus et souvent désarmés face à la détresse psychique. Certains peuvent rencontrer des difficultés à gérer les troubles qui viennent entraver les projets d'insertion, mais aussi des difficultés à les caractériser et évaluer la nécessité d'une indication de soins psychiatriques. Les secteurs psychiatrique et social restent relativement cloisonnés, deux secteurs qui travaillent en parallèle, avec une méconnaissance mutuelle. Enfin, l'approche des personnes en errance doit pouvoir se faire sans tenter de les ramener d'emblée à la norme de l'adaptation, et sans imposer des fichages d'identité et repérages administratifs des itinéraires qui sont autant de formes de contrôle social. De plus, suite aux EMPP, si un suivi et un accompagnement doivent être mis en place pour la personne, les orientations possibles se voient très limitées. En effet, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), offrent pour la minorité d'entre elles une consultation psychiatrique et cela

reste d'autant plus rare en dehors des grandes villes. Le recours à des services de traduction n'y est pas systématique car trop onéreux. De plus, un certain nombre de médecins de PASS ne sont pas formés à recevoir des « patients traumatisés ». La problématique est similaire lorsqu'il s'agit d'organiser des suivis réguliers en santé mentale dans les Centres médico-psychologiques (CMP), pris dans la logique de la sectorisation. Le système de santé apparaît ainsi vite limité et saturé pour la population d'exilés¹⁷⁵.

3.2.2. Des modèles de prise en charge pluridisciplinaire

La restructuration de la médecine libérale avec généralisation des maisons de santé incluant :

- Des travailleurs sociaux permettraient de faciliter la coordination entre les médecins et ces partenaires ;
- Des médiateurs en santé permettrait de faciliter les échanges médecins/patients tant d'un point de vue linguistique que culturel ;
- L'accès à un service d'interprétariat.

3.2.2.1. *L'exemple de la ville de Paris avec le Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France :*

L'Île-de-France est un territoire particulièrement hétérogène où se cristallisent inégalités, difficultés sociales et exclusions. Les données disponibles produites par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) indiquent qu'en 2014, 15,6 % des Franciliens disposaient de moins de 1008 euros par mois par unité de consommation, vs 14,1% au niveau national. Le taux de pauvreté a augmenté de 54% entre 2004 et 2013.

Au sein de son programme, l'ARS a pour objectifs de promouvoir la médiation en santé, l'interprétariat ainsi que « l'aller-vers ».

¹⁷⁵ Pannetier J. (2019). Avoir une maladie chronique n'est pas la cause première de de l'anxiété et la dépression chez les immigré-e-s d'Afrique subsaharienne. <https://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-004/>, consulté le 22 avril 2020.

Le médiateur est un tiers facilitateur, neutre et indépendant. Il intervient en apportant de l'information sur l'accès aux soins, en accompagnant individuellement les personnes dans leur parcours de santé, en les soutenant dans leurs démarches administratives, en proposant des actions d'approches communautaires sur les questions de santé (comme au sein des bidonvilles). Il peut aussi intervenir dans la résolution des conflits en cas de relation tendue avec un professionnel du soin ou du social, ou face à certaines représentations du soin et de la maladie. L'essence même de son action est d'aider la personne à devenir plus autonome dans son parcours de santé.

L'interprétariat professionnel permet l'accompagnement des personnes allophones a des règles de fonctionnement, de formation (compétences sémantiques et conceptuelles), d'éthique et de déontologie (neutralité, objectivité, secret professionnel). L'interprète ne doit pas être simplement une personne parfaitement bilingue, mais un professionnel formé à l'écoute et en capacité à rester dans une attitude de profonde neutralité, tout en garantissant le respect de la confidentialité. Il participe au libre choix et à l'autonomie des personnes dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé. Il limite les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique et parfois à certaines représentations culturelles du soin et de la maladie. Sa présence dès l'accueil dans les structures médicales et sociales permet d'établir un premier niveau de communication favorisant la relation soignant-soigné.

Le concept de « aller-vers » désigne un mode opératoire où le professionnel fait la démarche de se rendre directement dans les lieux fréquentés par les publics en besoin de soins mais éloignés des dispositifs de santé. L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées, puis de les informer, de les aider à exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les renoncements aux soins, les besoins d'accès aux droits et aux prestations de droit commun enfin de les accompagner et les orienter vers les structures et dispositifs adaptés. La rue représente un espace privilégié pour de telles approches. Mais les lieux d'intervention sociale comme les accueils de jour, les endroits de distribution alimentaire ou les structures d'hébergement peuvent aussi être investis.

Dans le champ du « aller-vers », on identifie ainsi différentes formes d'intervention qui appellent à mieux comprendre les pratiques structurantes communes, comme :

- les maraudes sociales et les maraudes médicalisées,
- les équipes mobiles sanitaires (telles que l'équipe mobile tuberculose, ou les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP),
- les équipes mobiles de réduction des risques (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues [CAARUD],
- les associations intervenant dans les lieux de prostitution, etc.
- des permanences d'accès aux droits et au dépistage de maladies infectieuses et de facteurs de risques cardio-vasculaires organisées par l'Assurance maladie à l'intérieur de structures d'accueil de publics vulnérables,
- le recours à des volontaires du service civique, dans certains établissements hospitaliers.

D'ailleurs, parmi les pharmaciens et les étudiants en pharmacie ayant répondu au questionnaire, plus de 20 % ont déjà participé à des actions de solidarités au sein d'associations (Médecins du Monde, Médecins Sans Frontière, Secours populaire, Croix-Rouge Français etc.) et plus de 60 % envisagent d'y participer. Le pharmacien pourrait donc être un acteur clé dans l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

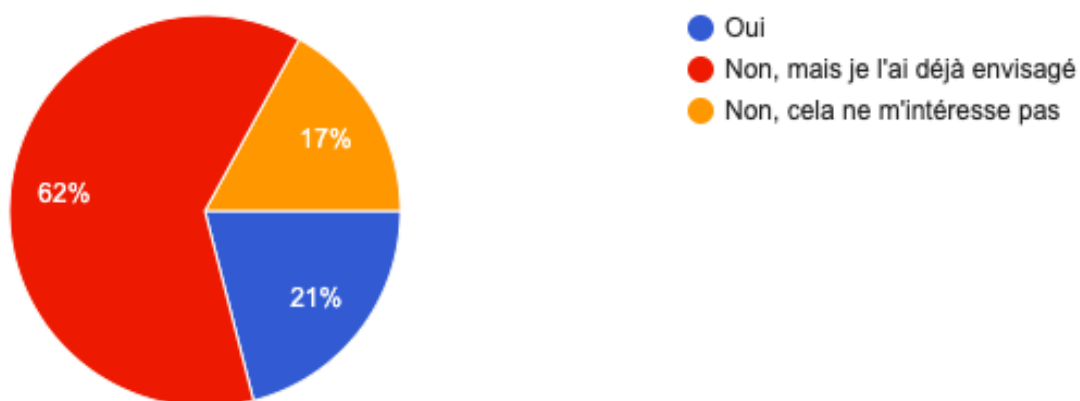


Figure 34. Taux de pharmaciens ayant déjà participé à des actions de solidarité

3.2.3. Sensibilisation et formation des professionnels de santé

Afin d'améliorer la prise en charge des patients précaires, plusieurs médecins ont formulé des propositions au cours de plusieurs études¹⁷⁶.

Parmi elles la prise en charge pluridisciplinaire qui permettrait une bonne coordination avec les travailleurs sociaux, un travail en réseau avec plus de communication avec le secteur social notamment à travers des réunions pluridisciplinaires. Ainsi que la création de structures pluridisciplinaires ou consultations pluridisciplinaires. Outre la coordination entre les différents partenaires, les maisons de santé avec des professionnels paramédicaux pourraient favoriser la réalisation d'une éducation renforcée, difficile à assurer dans un contexte de raréfaction de la médecine générale avec des consultations chargées, mais aussi une sensibilisation à la prévention et au dépistage. Dans la perspective de réduction des inégalités de santé, ces mesures doivent s'inscrire dans une volonté plus globale de réduction des inégalités socio-économiques. Les travaux qui se multiplient sur le sujet en sociologie comme en médecine témoignent du caractère préoccupant de l'aggravation des inégalités de santé.

La formation est également désignée comme un outil d'amélioration de la connaissance des professionnels de santé. Au sein de l'étude « Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle »¹⁷⁷ plusieurs médecins proposent une « meilleure formation sociale des médecins » sous forme d'« enseignement à la faculté » ou de « formations indemnisées ».

D'ailleurs, parmi les pharmaciens ayant répondu au questionnaire, plus de 80 % estiment qu'il serait intéressant de développer une formation courte de santé publique type « Droits à la santé des migrants en France » à destination des professionnels de santé. L'objectif étant de sensibiliser les professions de santé à ce public.

¹⁷⁶ Matz Flye Sainte Marie C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. Sciences du Vivant. Université de Lorraine, 2011.

¹⁷⁷ Ibid.

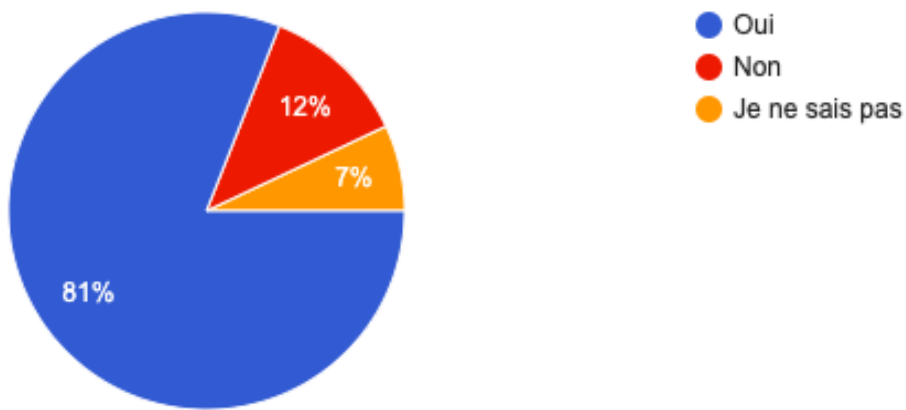


Figure 35. Taux de pharmaciens favorable à la création d'une formation courte type « Droits à la santé des migrants en France »

De plus, près de 80 % d'entre eux pensent également qu'il serait intéressant de développer au sein de l'enseignement universitaire un cours de santé publique de 2-3h type "Droits à la santé des migrants en France" à destination des étudiants en pharmacie.

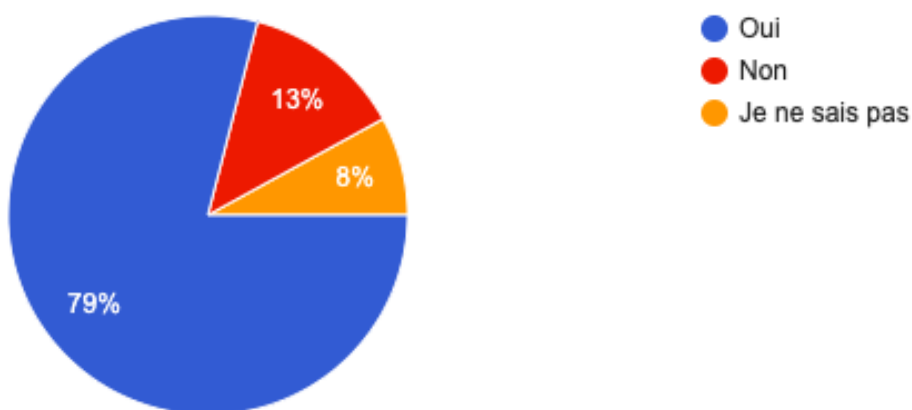


Figure 36. Taux de pharmaciens favorable à la création d'un enseignement universitaire de 2-3h type « Droits à la santé des migrants en France »

Ce souhait de formation s'explique sans doute par le fait que plus de 60 % d'entre eux estiment n'avoir que « quelques notions » sur le dispositif d'Aide Médicale d'État. Par ailleurs, 67 % d'entre eux ne savent pas que les demandeurs d'asile ont le droit d'être affilié au Régime général de l'Assurance Maladie, auquel cas ils bénéficient d'un numéro provisoire.

3.2.3.1. L'exemple de la mise en place du Service Sanitaire :

Depuis la rentrée 2018, un module de 6 semaines est intégré dans les maquettes de formation de 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, masso-kinésithérapie et soins infirmiers, incluant l'acquisition de ces compétences et des actions auprès de tous les publics. L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Le service sanitaire peut avoir lieu dans des établissements de santé médico-sociaux, dans des structures d'accompagnement social (crèches, PMI, Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)...), dans des associations auprès d'un public cible comme, par exemple, les personnes migrantes en situation de grande précarité.

Le service sanitaire est l'occasion pour les étudiants en filière de santé d'être impliqués dans des actions concrètes de prévention et de promotion de la santé. Ce stage permet à chaque étudiant d'être conscient de l'importance des actions dans ce domaine, et laisse espérer que des dispositifs innovants de sensibilisation et d'accompagnement de la population émergeront dans les années à venir, menés par des professionnels de santé qui auront à cœur de placer au centre de leur pratique la prévention et la promotion de la santé pour toutes et pour tous. Parmi les pharmaciens et les étudiants en pharmacie interrogés, 94 % seraient favorables à effectuer leur service sanitaire dans une association de santé et de solidarité.

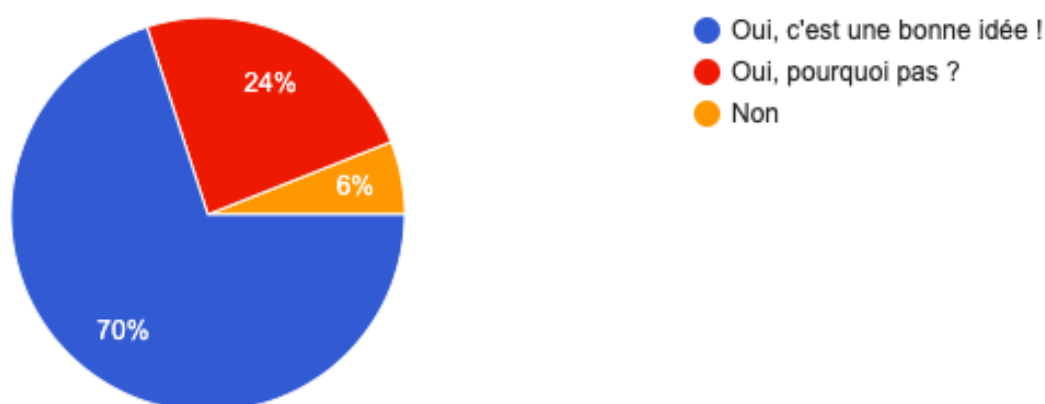


Figure 37. Taux de pharmaciens favorable à effectuer leur service sanitaire dans une association de santé et de solidarités

3.3. Propositions relatives à la Stratégie de Transformation du Système de Santé s’inscrivant dans le programme « *Ma santé 2022* »

Le 18 septembre 2019, le Président de la République et la ministre de la Santé et des Solidarités ont présenté la **stratégie « *Ma Santé 2022* »** afin de repenser le système de santé français et garantir à toutes et à tous une meilleure prévention et un accès à des soins de qualité. La stratégie « *Ma Santé 2022* » propose une vision d’ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé¹⁷⁸ : **lutter contre les inégalités ans l’accès aux soins et renforcer la coopération des professionnels de santé entre eux.**

Les 5 actions prioritaires du programme « Ma Santé 2022 » sont :

- Créer un collectif de soins au service des patients avec la création des **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** ;
- Libérer du temps médical pour répondre aux problèmes d’accès aux soins avec la création d’une **nouvelle fonction d’assistant médical** ;
- Accompagner les hôpitaux pour qu’ils renforcent l’offre de **soins de proximité** ;
- Recruter des étudiants de profil divers et leur permettre de s’orienter progressivement vers un métier de la santé avec la **suppression du concours d’accès aux IFSI et du numérus clausus** ainsi qu’une **réforme du cursus de formation** du 2^{ème} cycle.

C’est dans ce cadre que l’Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (ANEPF) ainsi que l’Ordre des Pharmaciens ont effectué des propositions relatives à la Stratégie de Transformation du Système de Santé¹⁷⁹. La **prévention et la promotion de la santé représentent un axe majeur de la transformation annoncée dans le plan « *Ma Santé 2022* »**. Ces propositions sont énoncées ci-dessous, elles ne peuvent être viables qu’à la condition que le pharmacien bénéficie d’un **accompagnement spécifique** en matière de formation et d’une **rémunération adaptée aux actes effectués** dans le cadre de l’exercice de ses fonctions.

¹⁷⁸ Ministère de la Santé et des Solidarités. (2019). *Ma santé 2022, un engagement collectif*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf, consulté le 23 avril 2020.

¹⁷⁹ Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France. (2019). Contribution « *Ma Santé 2022* ». https://www.profession-pharmacien.fr/files/Contribution_ma_sante_2022_janvier_2019_Anepf.pdf, consulté le 10 avril 2020.

3.3.1. Prévention et promotion de la santé

1 - Inciter les pharmacies à relayer les campagnes nationales de prévention collective

Les pharmacies d'officine constituent un formidable vecteur de l'information, à l'aide d'outils de communication et de sensibilisation pour l'ensemble de la population et, notamment, pour les personnes migrantes en situation de grande précarité. Des pharmacies il y en a partout, tout le temps. Le texte sur la communication en officine relatif au prochain code de déontologie indique que la priorité est aux messages de santé publique, aux actions de veille et de protection sanitaires organisées en lieu et place des messages publicitaires.

Les personnes migrantes en situation de grande précarité ne priorisent pas leur santé (*cf. chapitre 1*), le fait que les pharmacies relayent les campagnes nationales de prévention collective constitue un levier majeur d'accès à la prévention pour toutes et pour tous. D'autant plus pour les bénéficiaires de l'AME (personnes en situation irrégulière) qui eux n'ont pas accès aux campagnes de prévention et d'information réalisées par l'Assurance Maladie (Mois sans tabac, M T dents, cancer du col de l'utérus, cancer du sein, SOPHIA...).

D'ailleurs, parmi les pharmaciens ayant répondu au questionnaire, 75 % souhaiteraient aider les populations démunies en France en contribuant à des actions de prévention et de sensibilisation. De plus, plus d'un tiers des pharmaciens interrogés souhaiteraient contribuer à améliorer l'accès aux soins des plus démunies par des dons financiers et 57 % par des dons de matériel médical.

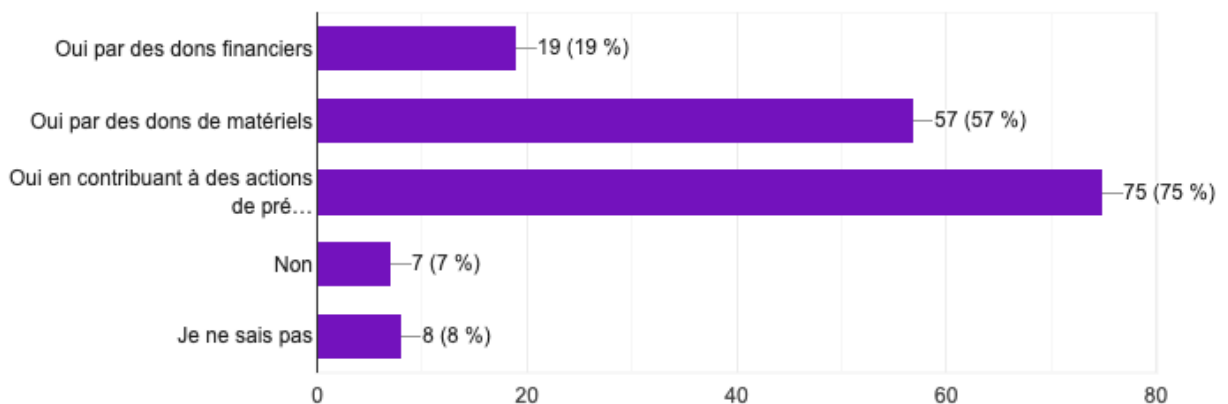


Figure 38. Taux de pharmaciens souhaitant contribuer à aider les populations démunies en France

De plus, 87 % des pharmaciens ayant répondu au questionnaire sont favorables à relayer les campagnes nationales de prévention collective à travers des outils de communication réalisés par des associations de santé et de solidarités. Comme, par exemple, accrocher sur leur vitrine une affiche sur le Cancer du sein ou le Cancer du col de l'utérus ou la Vaccination en plusieurs langues et adaptés au public migrant.

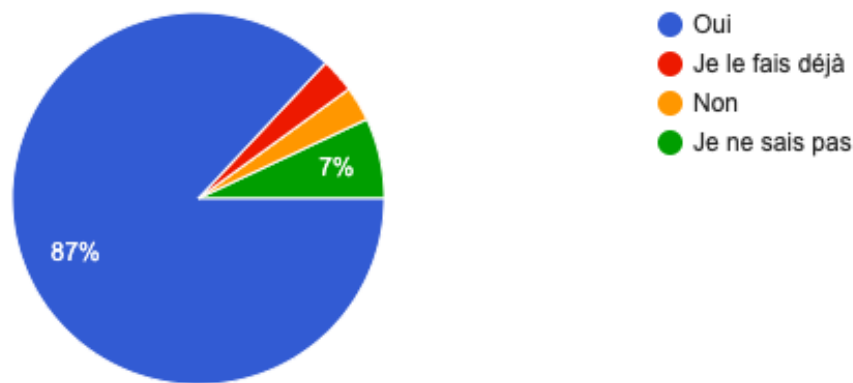


Figure 39. Taux de pharmaciens favorables à afficher des outils de communication réalisés par des associations de santé et de solidarité

2 - Renforcer les actions de prévention en coopération avec les autres professionnels de santé et associations de patients

A cette coopération, il apparaît comme essentiel d'intégrer les associations de santé et de solidarités. De nombreuses associations de santé et de solidarités effectuent des actions de préventions et de promotion de la santé de manière quotidienne. Par exemple : Médecins du Monde et l'ADSF pour la prévention du cancer du col de l'utérus et le cancer du sein ; AIDES (membre de la Coalition internationale du Sida) pour la prévention du VIH/sida et des hépatites ; la Croix-Rouge française pour l'accès aux soins des plus démunis etc.

Une coopération de tous ces acteurs de santé, dont les pharmaciens, permettrait de renforcer les actions de prévention pour les personnes migrantes en situation de grande précarité. Notamment à travers la mise à disposition d'outils de communication et de sensibilisation réalisés par les associations en contact avec le public cible pour les pharmaciens (affiches en

plusieurs langues par exemple). D'autant plus que les personnes migrantes en situation de grande précarité sont, par ailleurs, très à risque vis-à-vis des IST ainsi que des hépatites.

La stratégie « Ma Santé 2022 » prévoit d'ailleurs de créer des collectifs de soins au service des patients dont les principales missions seront de garantir l'accès à un médecin traitant à toutes et tous, de proposer plus d'actions de prévention. Ces missions de coopération seront réalisées par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ils constitueront des espaces au sein desquels les professionnels de santé s'organiseront pour mettre en œuvre ces missions au service de la santé et de la population du territoire.

Cette coopération d'acteurs permettrait aussi aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers etc.) de pouvoir échanger avec les associations sur le terrain et mieux connaître le public « migrant en situation de grande précarité », ce qui renforcerait la relation patient/soignant.

Parmi les pharmaciens interrogés, plus de 70 % souhaiteraient participer à des réunions interprofessionnelles et territoriales (comme les CPTS) impliquant les professionnels de santé ainsi que des acteurs de santé travaillant au sein d'associations de solidarités. L'objectif étant de renforcer les actions de prévention et sensibilisation en coopération avec tous les acteurs de santé présents sur le territoire. Cependant, la majorité des pharmaciens souhaitant participer à ces réunions pense également qu'elles ne doivent pas être trop chronophage.



Figure 40. Taux de pharmaciens souhaitant participer à des réunions interprofessionnelles et territoriales

3 - Inciter les coopérations interprofessionnelles à s'engager en faveur de la vaccination et promouvoir ainsi l'information et le suivi de la vaccination auprès du public

4 - Adapter les textes législatifs afin de faire entendre les compétences vaccinales des pharmaciens pour qu'ils puissent vacciner en cas de besoin

Comme mentionné dans le *Chapitre 1*, parmi les personnes migrantes en situation de grande précarité fréquentant les CASO, seules un peu plus d'un tiers disposent d'une vaccination à jour pour la coqueluche, le ROR et l'hépatite B et 1 sur 2 est à jour pour le tétanos, la diphtérie, la polio et le BCG. Ces taux de couverture sont très en-dessous de ceux retrouvés en population générale.

Des modèles de coopérations interprofessionnelles tels que « Immuniser Lyon », « Vacc'Nice » au service de la vaccination se sont développés grâce à leur succès. Ils constituent un cadre propice à la vaccination, en créant des opportunités de sensibiliser les patients à l'intérêt de suivre les schémas vaccinaux. Il est important que le patient soit bien informé sur ce qu'est un vaccin, pourquoi il est important de se faire vacciner mais également les limites et risques de la vaccination dans un but d'éviter la désinformation.

Le service sanitaire peut être un outil de communication sur la vaccination, d'autant plus s'il se déroule au sein d'associations de santé dont le public cible est précaire. Des campagnes publicitaires, des flyers et des conférences pourraient également voir le jour afin de toucher un public plus large et ainsi faire rayonner la bonne information.

Il est particulièrement pertinent de mobiliser les pharmaciens pour vacciner, d'autant plus en cas d'urgence sanitaire (c'est-à-dire lorsque la couverture vaccinale est en deçà des préconisations des autorités de santé). À titre d'exemple, les pharmaciens anglais et suisse vaccinent contre la rougeole. Aussi, il serait nécessaire de les mobiliser en situation épidémique voire pandémique, compte tenu de l'importance de la population à vacciner. La vaccination au sein des pharmacies présente l'avantage de la sécurité (maîtrise de la chaîne du froid), de la traçabilité (des vaccins et des actes) et de la facilité d'accès (maillage, accès sans rendez-vous, amplitude horaire) pour toute la population.

5 - Impliquer les pharmaciens dans le dépistage précoce du diabète

Comme le montre l'étude du COMEDE (cf. chapitre 1), le diabète fait partie des pathologies chroniques fréquentes rencontrés chez les personnes migrantes en situation de grande précarité. Le dépistage du diabète chez les personnes à risque permettrait ainsi la prise en charge précoce de cette pathologie. Ce dépistage pourrait être fait grâce à la réalisation de tests capillaires d'évaluation de la glycémie.

Le pharmacien peut jouer un rôle clé dans le dépistage du diabète et contribuer ainsi à renforcer la prévention de cette pathologie à travers son dépistage précoce. Parmi les pharmaciens ayant répondu au questionnaire, près de 90 % souhaiteraient effectuer 1 atelier par an de dépistages du diabète au sein de leur officine (à la condition que l'acte et le dispositif médical sont remboursés par l'Assurance Maladie). D'ailleurs, 9 % d'entre eux le font déjà dans leur officine. Si chaque pharmacie de ville organise un atelier annuel de dépistage du diabète, l'ensemble de la population présente sur le territoire français pourra avoir accès à une prise en charge précoce du diabète lorsque celui-ci sera détecté.

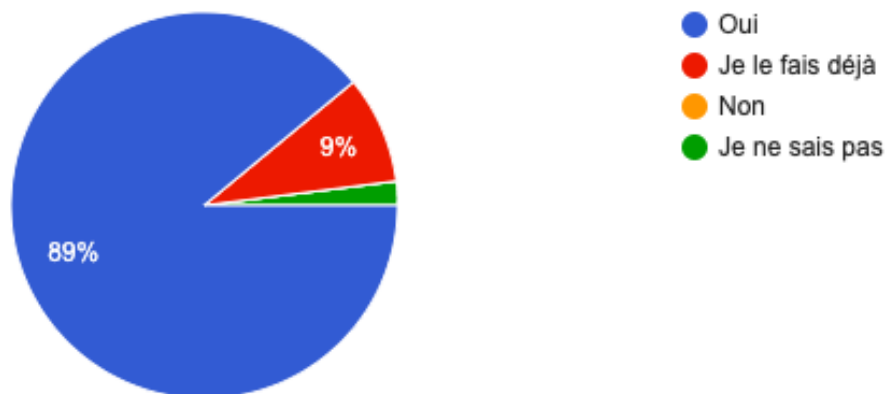


Figure 41. Taux de pharmaciens favorable à la mise en place d'atelier annuel de dépistage du diabète

6 - Rembourser les préservatifs et les stéribox sans PMO afin de faciliter leur accès et étendre leur utilisation

L'association ADSF – Agir pour la Santé des Femmes réalise des maraudes médicales auprès des femmes d'origine nigériane victimes de traite et d'exploitation humaine qui sont prostituées de force au Bois de Vincennes, à Paris. L'objectif de l'association est de les accompagner dans les démarches préventives : port du préservatif, dépistage régulier VIH et autres maladies sexuellement transmissibles (MST). Pour cela, des préservatifs leur sont distribués au cours de ces maraudes et des orientations leur sont proposées vers des Centres d'Éducation et Planning Familial (CPEF) lorsqu'elles présentent des signes d'infections. Parmi les difficultés exprimées par ce public en matière de prévention ressortait régulièrement le coût des préservatifs. La gratuité des préservatifs pour les populations à risque sur prescription médicale permettrait de faciliter l'accessibilité de ces produits de santé et, au long cours, d'inscrire les personnes à risque dans un parcours de soins.

Parmi les pharmaciens interrogés, 60 % sont favorables à ce que les préservatifs et les stéribox sans PMO soient remboursés par l'Assurance Maladie. L'objectif étant d'étendre leur utilisation.

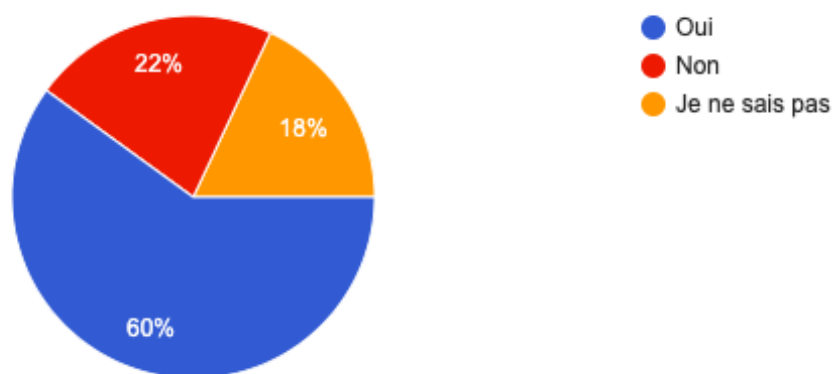


Figure 42. Taux de pharmaciens favorables au remboursement des préservatifs et stéribox sans PMO

7 - Autoriser la réalisation et le remboursement de TROD VIH et VHC dans le cadre d'entretien pharmaceutique

L'objectif du dépistage est l'orientation précoce d'une personne présentant un risque d'avoir une maladie et ce, avant l'apparition des premiers symptômes. Le dépistage de TROD VIH et VHC par les pharmaciens permettrait d'améliorer la prise en charge précoce de ces pathologies et, ainsi, de diminuer la transmission et la morbi-mortalité.

Les femmes migrantes en situation de grande précarité sont très exposées aux violences sexuelles durant leur parcours migratoire et durant leur séjour précaire en France. Autoriser la réalisation et le remboursement de TROD VIH et VHC dans le cadre d'entretien pharmaceutique spécifique pour ce public permettrait une prise en charge précoce de la maladie et de diminuer la transmission ainsi que la morbi-mortalité de ces virus.

Le pharmacien peut jouer un rôle clé dans le dépistage du diabète et contribuer ainsi à renforcer la prévention de cette pathologie à travers son dépistage précoce. Parmi les pharmaciens interrogés, plus de 80 % sont favorables à réaliser des dépistages TROD VIH/VHC au sein de leur officine (à la condition que l'acte et le dispositif médical sont remboursés par l'Assurance Maladie). D'ailleurs, 2 % d'entre eux le font déjà dans leur officine. Si chaque pharmacie officine réalise des dépistages TROD VIH/VHC, cela permettra d'étendre fortement le maillage territorial de prévention VIH/VHC.

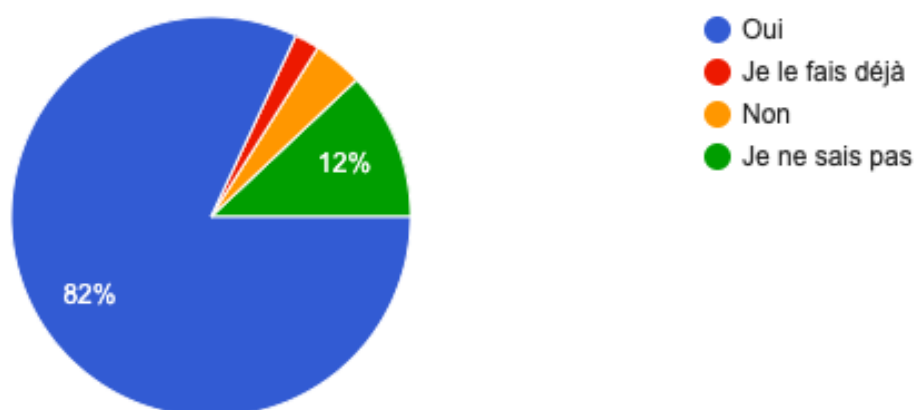


Figure 43. Taux de pharmaciens favorable à la réalisation de TROD VIH/VHC

8 - Élargir le dépistage du risque de maladies cardiovasculaires en pharmacie à l'ensemble des régions

Selon l'étude du COMEDE (*cf. chapitre 1*), les maladies cardiovasculaires font parties des principales maladies graves retrouvées chez les personnes migrantes en situation de grande précarité. Actuellement, le dépistage du risque de maladies cardiovasculaires en pharmacie s'adresse à toutes les personnes a priori en bonne santé de plus de 35 ans résidant uniquement dans le Nord-Pas-De-Calais. Ce service repose sur un questionnaire ainsi que sur la mesure de cinq facteurs de risque pouvant entraîner une maladie cardiovasculaire (l'hypertension, l'indice de masse corporelle et le tour de taille, le tabagisme, la cholestérolémie, la glycémie). Étendre le dépistage du risque de maladies cardio-vasculaires en pharmacie à l'ensemble des régions (notamment l'Île-de-France) permettrait une prise en charge précoce de ces pathologies chez les personnes migrantes en situation de grande précarité. En effet, bon nombre d'entre elles ont recours aux soins uniquement lors de situation d'urgences et n'ont pas de médecin traitant et n'ont pas accès à un parcours de soins coordonné.

Le pharmacien peut jouer un rôle clé dans le dépistage du diabète et contribuer ainsi à renforcer la prévention de cette pathologie à travers son dépistage précoce. Parmi les pharmaciens ayant répondu au questionnaire, 90 % souhaiteraient effectuer 1 atelier par an de dépistages des risques cardiovasculaires chez les personnes de plus de 35 ans au sein de leur officine (à la condition que l'acte et le dispositif médical sont remboursés par l'Assurance Maladie). D'ailleurs, 6 % d'entre eux le font déjà dans leur officine. Si chaque pharmacie officine organise un atelier annuel de dépistage des risques cardiovasculaires, la prévalence des pathologies cardiaques pourraient fortement diminuer grâce à la prise en charge précoce de ces facteurs de risques (hypertension artérielle, tabac, diabète, sédentarité, cholestérol, alcool, obésité).

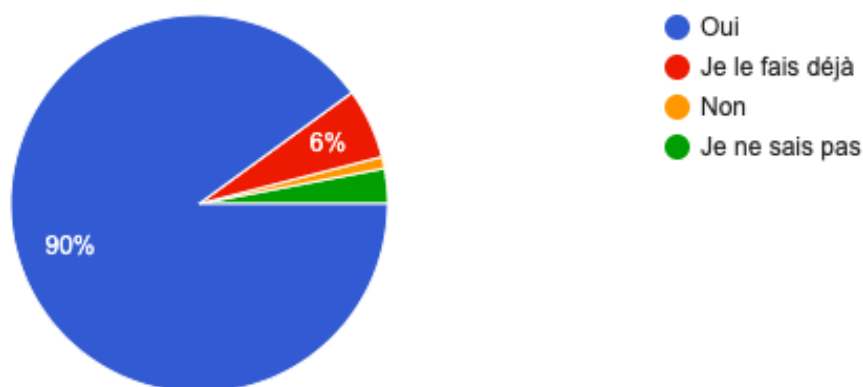


Figure 44. Taux de pharmaciens favorable à la mise en place d'atelier annuel de dépistage des risques cardiovasculaires

9 - Impliquer le pharmacien dans la réalisation des Test Rapide d'Orientation de Diagnostic pour l'Angine / Grippe afin de lutter contre l'antibiorésistance

L'émergence des résistances bactériennes est identifiée par l'OMS comme l'une des menaces majeures. De plus, la consommation d'antibiotiques en France est supérieure de 30% à la moyenne européenne. Dans ce contexte, la stratégie nationale de santé fixe comme objectif une réduction de 25% de la consommation d'ici 2020. Afin de mener à bien cet objectif, il est nécessaire d'impliquer les pharmaciens dans la réalisation de ces TROD.

3.3.2. Mieux structurer l'Offre de Soins dans les territoires : les Pharmaciens au sein d'un collectif au service des patients

10 - Veiller à respecter une inter-professionnalité au sein des Communauté Professionnelles Territoriales de Santé

11 - Créer la fonction d'assistant de santé au service de l'équipe de soins primaires

Les CPTS visent à décloisonner les différents secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, leur objectif est de fluidifier les liens entre professionnels de santé et du social. Cela permettra que les missions de santé soient menées de façon coordonnée sur l'ensemble du territoire et que le pharmacien puisse requérir une aide sociale pour son patient.

Le président Emmanuel Macron a annoncé le 18 septembre dernier sa volonté de créer la fonction d'assistant médical au service du médecin. Cet assistant médical a pour objectif de faciliter la coordination entre les différents acteurs présents sur le territoire et faire le lien entre le médico-social.

Le pharmacien est au cœur du système de santé (médecine de ville, hôpital, soins infirmiers...), il apparaît donc comme essentiel qu'il fasse partie intégrante des CPTS et qu'il soit en contact avec les assistants médicaux ; cela faciliterait la coordination entre professionnels de santé ainsi que la prise en charge des patients exclus du parcours de soins.

12 - Donner l'accès au pharmacien aux données biologiques afin de permettre d'être réactif face au traitement

Dans les cas où le diagnostic est uniquement biologique, le pharmacien pourrait avoir un rôle à jouer afin de libérer du temps au médecin. Selon un arbre décisionnel et en fonction du bilan biologique du patient, le pharmacien pourrait être amené à délivrer le médicament directement pour des pathologies aiguës (ex : infection à Chlamydia). Dans le cas où le diagnostic est posé par un médecin ou un pharmacien biologiste, le protocole de dispensation est mis en place, permettant au pharmacien d'officine de dispenser en fonction des résultats obtenus. Cette initiative permettrait d'améliorer la prise en charge des patients exclus du parcours de soins, notamment pour les personnes migrantes en situation de grande précarité qui n'ont pas de médecin traitant.

Dans ce cadre, parmi les pharmaciens interrogés, 88 % trouvent utile d'avoir accès aux données biologiques du patient (s'il l'autorise).

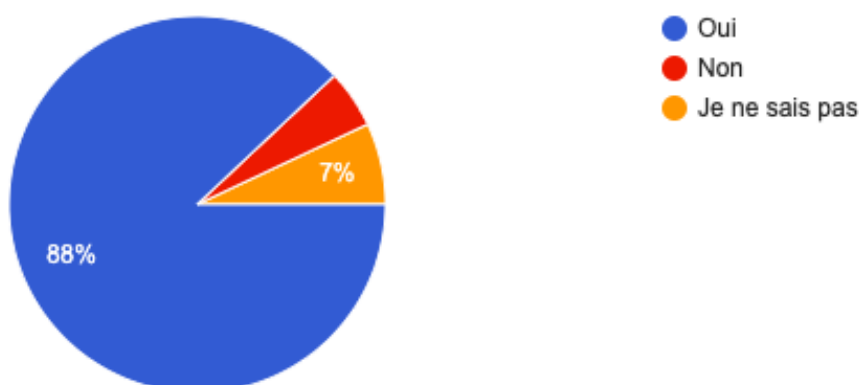


Figure 45. Taux de pharmaciens souhaitant avoir accès des données biologiques des patients

3.3.3. Développer l'ambition numérique en santé

La modernisation de la pratique officinale comprend maintes problématiques, et l'accélération du virage numérique en est une mais c'est également un défi à relever par les pharmaciens. À travers la numérisation de la prise en charge, les objectifs à atteindre sont tout d'abord de favoriser les échanges entre professionnels de santé afin d'obtenir une meilleure traçabilité des étapes du parcours de soin du patient, mais aussi de mieux informer ce dernier sur ses pathologies, son traitement ou encore les risques liés à ses habitudes de vie. La mise en place de la Réglementation Générale sur la Protection des Données et les débats actuels sur la révision de la loi de bioéthique devront permettre de décrire un cadre complet favorable à cette évolution.

13 - Déployer pleinement la vaccination grâce à la mise en place d'un carnet de vaccination numérique

La création d'un carnet de vaccination numérique faciliterait l'accessibilité des données vaccinales pour le patient et pour le professionnel de santé. Intégrer les actes de vaccination dans le dossier pharmaceutique conjointement au dossier médical partagé permettrait la création de ce carnet numérique de vaccination. Des notifications pourraient s'afficher via des rappels téléphoniques à destination des patients et via le Dossier Médical Partagé des patients lors de la lecture de la Carte Vitale du patient : rappels de vaccination, date de délivrance du vaccin, date d'injection du vaccin. Le rappel lors d'une entrevue avec le professionnel de santé, ne peut qu'améliorer la couverture vaccinale.

Cependant les personnes migrantes en situation de grande précarité n'ont pas de Carte Vitale. En effet les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État justifient de leurs droits à la santé via leur carte d'AME et les demandeurs d'asile bénéficiaires de la PUMA/CSS par une attestation papier de droits à l'assurance maladie. L'absence de carte vitale pour les personnes migrantes en situation de grande précarité induit des démarches administratives plus lourdes que pour les détenteurs de carte vitale et limite l'accès à des soins coordonnés de ses bénéficiaires. D'ailleurs, parmi les propositions d'amélioration du dispositif AME par l'IGAS et l'IGF, apparaît celle de « fluidifier la facturation et le suivi de la dépense de soins de ville en transformant la

carte AME en une carte à puce de type carte Vitale, permettant la télétransmission et le suivi des prescriptions et consommations pharmaceutiques ; à défaut, pousser aussi loin que possible la dématérialisation en mode dégradé ». En termes de santé publique, l'obtention d'une carte à puce type carte Vitale de ce public permettrait donc qu'ils puissent bénéficier d'un Dossier Médical Partagé, ce qui constituerait un enjeu de santé publique notamment vis-à-vis de leur suivi médical. D'autant plus que cette mesure s'appliquerait dans un contexte où ils ne bénéficient pas d'un parcours de soins coordonné.

Parmi les pharmaciens interrogés, plus de 95 % d'entre eux sont favorables à la mise en place d'un carnet de vaccination numérique du patient (s'il l'autorise). L'objectif étant d'améliorer la couverture vaccinale de toutes les personnes présentes sur le territoire français, d'autant plus que la vaccination est un enjeu de santé publique majeur. Par exemple, si le patient n'est pas à jour dans ses vaccins, le pharmacien pourrait lui rappeler et l'orienter vers son médecin.

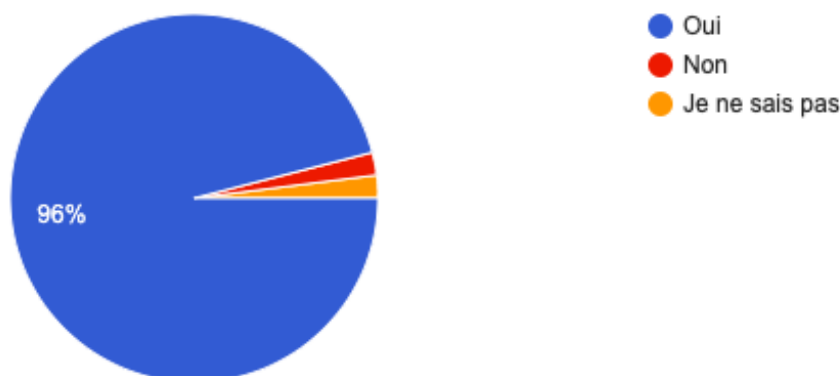


Figure 46. Taux de pharmaciens favorable à la création d'un carnet vaccinal numérique

15 - Labelliser les applications et objets connectés par un organisme indépendant, selon les recommandations de la HAS

16 - Centraliser les données de santé des objets connectés sur l'espace numérique du patient afin d'en assurer leur sécurité d'utilisation

17 - Inciter les professionnels de santé à alimenter le dossier médical partagé de santé afin de coordonner et personnaliser la prise en charge des patients grâce au traitement des données de santé

La labellisation des objets connectés et des applications de santé est nécessaire afin d'assurer la fiabilité en matière de pertinence clinique et la protection des données. Elle renforcera la confiance envers ces dispositifs et encouragera les pharmaciens à promouvoir leur utilisation. L'innovation numérique via des applications et objets connectés permettra de fluidifier les parcours de soins, d'améliorer le suivi et de l'observance des traitements notamment à l'aide des signaux d'alerte.

Afin de rendre ces outils innovants accessibles à tous, il apparaît comme essentiel d'évaluer le service médical rendu des objets connectés et applications de santé afin de permettre leur remboursement s'ils présentent un intérêt médical. Toujours dans la logique d'accessibilité pour tous, ces applications de santé pourraient être commercialisées en plusieurs langues, ce qui permettrait aux personnes migrantes en situation de grande précarité non-francophone de bénéficier de ces services. Les données de santé des objets connectés et applications de santé pourrait être centralisées sur un espace numérique de santé. A cela s'ajouterait l'alimentation par les professionnels de santé de synthèse médical patient. Cette avancée numérique constitue un puissant levier d'amélioration du système de santé et un enjeu de santé publique majeur.

18 - Mettre le numérique au service de la prévention

L'espace numérique patient ainsi que le DMP peuvent devenir des outils pratiques et essentiels pour les campagnes de prévention, par la création d'un volet "prévention". Le patient pourrait se tenir informé des campagnes de préventions, en fonction de son âge, de sa pathologie et de ses antécédents en consultant son espace numérique personnel. De plus, ce volet serait un espace comportant des ressources en matière de prévention qui pourraient être accessibles en plusieurs langues pour les personnes migrantes en situation de grande précarité non-francophones.

Conclusion

Les obstacles d'accès aux soins des migrants accentuent les inégalités en santé sur le territoire français. Du fait de la situation de précarité économique et administrative, les migrants en situation irrégulière et les demandeurs d'asile sont plus vulnérables face à certains problèmes de santé. De plus, l'ensemble de ces facteurs déterminants influent sur leur bien-être physique, mental, social et leur état de santé global s'en voit dégradé. La majorité des migrants en situation de précarité souffre de pathologies chroniques, pourtant elles ne bénéficient pas toutes d'un suivi médical et présentent un retard au niveau du recours aux soins. Les migrants en situation irrégulière et les demandeurs d'asile sont, pour la plupart, en état de stress post-traumatique dû à leur parcours d'exil, à leurs conditions de vie et les violences qu'ils ont subi. A tous ces facteurs de vulnérabilité s'ajoute le fait que leur état de santé se dégrade au sein de leur pays d'accueil, notamment à cause des obstacles qu'elles rencontrent : l'accès à un hébergement pérenne, l'accès à l'alimentation, l'accès à l'eau, l'accès à l'hygiène et à la santé. L'accès aux soins pour ce public représente donc un défi majeur à relever pour l'ensemble du système de santé.

Les différences d'accès à une protection maladie entre les migrants en fonction de la régularité ou non de leur séjour ainsi que les complexités administratives qui en découlent creusent les inégalités en santé au sein de ce groupe de population déjà vulnérable. La fusion du dispositif d'AME au sein du dispositif de la PUMA permettrait d'uniformiser les droits de santé des migrants et donc de réduire les inégalités d'accès à des soins de qualité pour toutes et pour tous. D'autant plus que les avantages de cette fusion sont également économiques et administratifs. En effet, l'AME entraîne un surcoût aux hôpitaux publics ainsi qu'une complexité des démarches administratives par rapport à la PUMA pour les professionnels de santé et pour le patient lui-même.

L'état de santé des migrants en France est peu connu par les professionnels de santé qui se retrouvent parfois démunis face à ce public précaire du fait de la barrière linguistique et culturelle ainsi que de la méconnaissance de leurs droits en matière de santé.

De plus, les migrants en situation de grande précarité n'ont pas accès à un médecin traitant ce qui est à l'origine d'un déséquilibre dans la relation soignant-soigné et d'une fracture dans la continuité des soins. Former, informer et sensibiliser les professionnels de santé, dont les pharmaciens, est indispensable pour améliorer l'accès aux soins des migrants en situation de grande précarité. De plus, la majorité des professionnels expriment le besoin d'être formée afin d'améliorer et renforcer leur prise en charge d'un tel public. Il apparaît également comme fondamental d'accompagner les professionnels de santé dans cette démarche et de leur apporter une aide pour lever les barrières de langue et de culture lors de leurs consultations. Afin d'atteindre cet objectif, le développement des formations de médiateur en santé semble très adapté et permettrait d'accompagner les patients dans leurs démarches d'accès aux soins et d'améliorer la communication entre soignants et soignés étrangers ou d'origine étrangère. Le médiateur en santé permettrait également de renforcer le lien entre les structures associatives qui vont à la rencontre des personnes en situation de précarité et les professionnels de santé, favorisant ainsi la coordination entre acteurs de solidarité et acteurs de santé.

Le renforcement des dispositifs d'aide à l'accès aux soins déjà existants tels que les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, leur extension à travers tout le territoire français ainsi que l'augmentation de leur visibilité auprès de tous les professionnels de santé constitueraient une avancée majeure dans l'accès aux soins des plus démunis. En parallèle, la mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé entraînerait une meilleure coordination entre tous les acteurs de la santé qu'ils exercent en ville, dans l'associatif ou à l'hôpital. Les CPTS se positionneraient alors en soutien des dispositifs d'aide du PRAPS avec le même objectif : améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

Enfin, le rôle du pharmacien apparaît comme essentiel dans l'accès aux soins pour toutes et pour tous, c'est un acteur de santé de première ligne. Pour 100 000 habitants, on recense en moyenne 32,4 officines qui permettent l'accès aux produits de santé en 15 minutes sur la quasi-totalité du territoire français. Le maillage territorial harmonieux des officines favorise les services de proximité en matière de santé et, en conséquence, l'accès aux soins pour toutes et pour tous. Le pharmacien est un acteur clé dans le relai des campagnes de sensibilisation

nationales auprès du grand public ainsi que dans la mise en place des actions de prévention, notamment à travers le dépistage et l'éducation thérapeutique. Le pharmacien est au cœur du parcours de soins des patients, qu'ils soient en situation de précarité ou non. Il assure la dispensation et le bon usage du médicament ainsi que la bonne compréhension du traitement par ses patients. Le pharmacien contribue de manière quotidienne à assurer la coordination des soins de ses patients, notamment à travers la mise à jour du dossier médical patient ainsi que du dossier pharmaceutique. Cela permet aux professionnels de santé d'être le mieux coordonner possible quant à la prise en charge des patients. Il apparaît donc comme essentiel que le pharmacien soit impliqué dans les coopérations professionnelles territoriales de santé. D'autant plus que la majorité des pharmaciens souhaiterait participer, ponctuellement, à des réunions interprofessionnelles alliant acteurs de santé et acteurs de la solidarité.

L'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité nécessite de penser un nouveau modèle de système de soins qui devra se baser sur la coopération et la coordination entre acteurs, la formation des professionnels de santé, l'émergence de nouveaux métiers et du numérique ainsi que sur l'accès aux soins pour toutes et pour tous.

Limites et défis, exemple des personnes françaises en situation de grande précarité :

Selon l'INSEE, en 2012, plus de 30 % des personnes sans domicile fixe sont nées en France contrairement au public étudié au cours de cette thèse. Elles portent souvent le poids d'une enfance marquée par des histoires familiales douloureuses. Un quart des sans-domiciles nés en France ont été placés dans leur enfance, en foyer ou en famille d'accueil. Elles n'ont aucune démarche administrative en cours, aucune protection maladie active et, pour la plupart, ont renoncé à tout type de prise en charge : médicale, sociale et psychologique. Les personnes françaises en situation de grande précarité sont isolées socialement et font face, tout comme les personnes migrantes en situation de grande précarité, à des obstacles financiers, administratifs liés à une méconnaissance de leurs droits et à la complexité du système administratif français. Ce constat soulève donc que les inégalités d'accès aux soins ne sont pas uniquement liées à la régularité du séjour ou à la nationalité mais plutôt à la complexité du système de soins français. Face à ce constat, il serait intéressant d'étudier comment le système français peut améliorer l'accès aux droits et à la santé pour toutes et pour tous.

Annexes

Annexe 1 : Attribution du Haut-Commissaire des Nations Unies

CHAPITRE II

Attributions du Haut Commissaire

6. Le mandat du Haut Commissaire s'exerce

A. i) Sur toute personne qui a été considérée comme réfugiée en application des Arrangements du 12 mai 1926 et du 30 juin 1928, ou en application des Conventions du 28 octobre 1933 et du 10 février 1938 et du Protocole du 14 septembre 1939, ou encore en application de la Constitution de l'Organisation Internationale pour les Réfugiés.

ii) Sur toute personne qui, par suite d'événements survenus avant le 1^{er} janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut ou, du fait de cette crainte ou pour des raisons autres que de convenance personnelle, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte ou pour des raisons autres que de convenance personnelle, ne veut y retourner.

Les décisions d'éligibilité prises par l'Organisation Internationale pour les Réfugiés pendant la durée de son mandat ne s'opposent pas à ce que la qualité de réfugié soit accordée à des personnes qui remplissent les conditions prévues au présent paragraphe.

La compétence du Haut Commissaire cesse de s'exercer sur toute personne visée par les dispositions de la section (A) dans les cas ci-après :

a) Si elle s'est volontairement réclamée à nouveau de la protection du pays dont elle a la nationalité ; ou

- b) Si, ayant perdu sa nationalité, elle l'a volontairement recouvrée ; ou
- c) Si elle a acquis une nouvelle nationalité et jouit de la protection du pays dont elle a acquis la nationalité ; ou
- d) Si elle est retournée volontairement s'établir dans le pays qu'elle a quitté ou hors duquel elle est demeurée de crainte d'être persécutée ; ou
- e) Si les circonstances à la suite desquelles elle a été reconnue comme réfugiée ayant cessé d'exister, elle ne peut plus invoquer d'autres motifs que de convenance personnelle pour continuer à refuser de se réclamer de la protection du pays dont elle a la nationalité – des raisons de caractère purement économique ne peuvent être invoquées ; ou
- f) S'agissant d'une personne qui n'a pas de nationalité, si les circonstances à la suite desquelles elle a été reconnue comme réfugiée ayant cessé d'exister, elle peut retourner dans le pays où elle avait sa résidence habituelle, et ne peut donc plus invoquer d'autres motifs que de convenance personnelle pour persister dans son refus d'y retourner.

B. Sur toute autre personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou, si elle n'a pas de nationalité, hors du pays où elle avait sa résidence habituelle, parce qu'elle craint, ou a craint, avec raison, d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques, et qui ne peut pas ou qui, du fait de cette crainte, ne veut pas se réclamer de la protection du gouvernement du pays dont elle a la nationalité ou, si elle n'a pas de nationalité, ne veut pas retourner dans le pays où elle avait sa résidence habituelle.

7. Il est entendu que le mandat du Haut Commissaire, tel qu'il est défini au paragraphe 6 ci-dessus, ne s'exerce pas :

- a) Sur les ressortissants de plus d'un pays à moins qu'ils ne se trouvent à l'égard de chacun des pays dont ils ont la nationalité dans les conditions prévues au paragraphe 6 précédent ;
- b) Sur les personnes auxquelles les autorités compétentes du pays où elles ont établi leur résidence reconnaissent les droits et imposent les obligations qui s'attachent à la qualité de ressortissant de ce pays ;
- c) Sur les personnes qui continuent de bénéficier de la protection ou de l'assistance d'autres organismes ou institutions des Nations Unies ;
- d) Sur les personnes dont on a des raisons sérieuses de penser qu'elles ont commis un délit visé par les dispositions des traités d'extradition ou un crime défini à l'article VI du Statut du Tribunal militaire international approuvé à Londres, ou par les dispositions de l'alinéa 2 de l'article 14 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.*

Annexe 2 : Attestation de demande d'asile

RF


MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR


Photo

**ATTESTATION DE DEMANDE D'ASILE
PROCÉDURE NORMALE**

Identifiant : [REDACTED]

Nom : [REDACTED] Signature du titulaire

Nom d'usage : [REDACTED]

Prénoms : [REDACTED]

Sexe : Masculin

Situation familiale : [REDACTED]

Né(e) le : [REDACTED]

Nationalité : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Chez : [REDACTED]

Délivrée par : Préfecture de Police de [REDACTED] Cachet et signature de l'autorité

Le : 25/02/2016

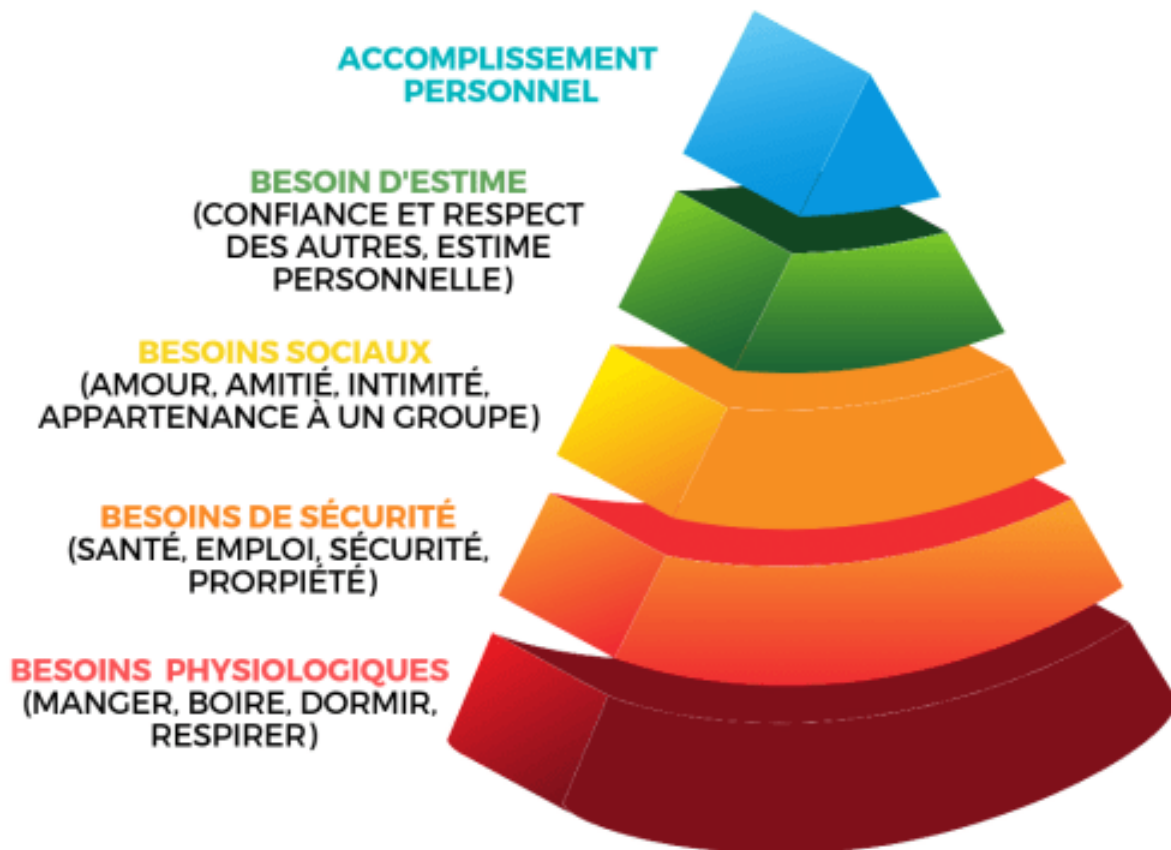
Valable jusqu'au : 24/11/2016

Date de premier enregistrement en guichet unique : 29/12/2015

Statut : Premier renouvellement

Annexe 3 : La pyramide des besoins de Maslow

PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW



Annexe 4 : Formulaire de demande d'aide médicale de l'État



N° 50741#06

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Vous pouvez compléter ce formulaire à l'écran, l'imprimer, puis l'envoyer à votre organisme d'assurance maladie

L'aide médicale de l'Etat, si votre séjour en France n'est pas régulier, peut prendre en charge vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME, d'une durée de 12 mois, est subordonné à une double condition de résidence en France (3 mois minimum) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil (conditions non exigées pour les mineurs). Si ces conditions sont remplies, vous serez convoqué(e) pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

Le droit à l'AME est ouvert également pour les personnes qui se trouvent à votre charge : conjoint(e), concubin(e), partenaire d'un PACS, enfants mineurs ou enfants jusqu'à l'âge de 21 ans s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente de travailler, cohabitant(e) (personne non mentionnée précédemment qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois, par exemple un neveu de 25 ans).

Le demandeur et les personnes à charge

Rubrique "Nom" :

indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

Rubrique "Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) ou un organisme agréé, ou une attestation sur l'honneur, établie par la personne qui vous héberge.

Vous devez joindre la copie de l'un des documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e)) et vivent en France :

- passeport (copie de toutes les pages, y compris les vierges),
- carte nationale d'identité (copie recto verso),
- titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

Pour le(la) cohabitant(e), vous devez joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.

Votre durée de résidence en France

Vous résidez en France depuis plus de trois mois. Joignez la copie d'un des documents ci-dessous :

- passeport indiquant la date d'entrée en France (toutes les pages, même blanches),
- contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR), à la taxe foncière ou d'habitation,
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

Vos ressources et celles des personnes à votre charge et obligation alimentaire

Indiquez la nature et le montant de vos ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non), pendant les douze derniers mois (si vous avez plusieurs enfants, indiquez, dans la même colonne, le montant total de leurs ressources).

Joignez les documents relatifs à vos ressources en votre possession.

Les ressources des membres de votre famille habitant en France, en situation régulière (père, mère, conjoint, enfants), ne sont pas prises en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat. En revanche, après votre admission à l'aide médicale, le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées à ce titre.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale ou d'autres organismes (art. L.114-12, L.114-14 et L.114-19 du Code de la sécurité sociale).

S 3720e

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur

Nom (nom de famille, de naissance) / nom de usage (surnom) / (en 3/4 de ligne) _____ Date de naissance _____

Prénom(s) _____

Nationalité : Européenne * Autre pays

N° de Sécurité sociale ou d'AME (si vous en avez un) _____

N° d'allocataire (allocataires familiaux - si vous en avez un) _____ N° tel. portable _____

Adresse en France _____

Code postal _____ Commune _____

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non si oui , année _____ département _____

• Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois ► cochez la case

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai d'un mois à compter du jour de votre entrée dans l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouverts rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville en votre possession.

Vous résidez de résidence en France

• Vous résidez en France de façon stable depuis le _____ jour(s) les justificatifs mentionnés dans la notice

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(s), enfant(s) et cohabitant(s))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

Vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Salaires	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Pensions, retraites et rentes	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <i>Préciser la nature</i>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Êtes-vous logé(e) à titre gratuit ? <i>Si oui, depuis quelle date ?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Pensions alimentaires versées	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Le soussigné(s), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quoiqu'il se rende coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines pécuniaires, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Fait à _____, le _____, _____ Signature du demandeur : _____

Ci-jointes, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées des personnes ayant aidé le demandeur à remplir le document

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantissant un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

* Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Corée, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Letonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse.

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPÉRATIVEMENT, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacun des personnes à votre charge âgée de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, doivent être prises de faces, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► **LE DEMANDEUR**

• Nom			
• Prénom(s)			
• Date de naissance			



► **CONJOINT(E), PARTENAIRE D'UN PACS OU CONCUBINE**

• Nom			
• Prénom(s)			
• Date de naissance			



► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS**

• Nom			
• Prénom(s)			
• Date de naissance			



► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS OU COHABITANT(E)**

• Nom			
• Prénom(s)			
• Date de naissance			



Annexe 5 : Carte d'AME (exemple fourni par AMELI)

- Exemple de carte AME :

Recto

CARTE INDIVIDUELLE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

Nom Prénom [REDACTED]
 Immatriculation [REDACTED]
 Date de naissance [REDACTED]
 Adresse [REDACTED]

Droits AME du 17/05/2015 au 15/05/2016

Prestations prises en charge: 100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale Forfait journalier en cas d'hospitalisation.
 Prestations non prises en charge pour les bénéficiaires AME malades: médicaments à 15%, actes et produits spécifiques à la procréation médicale assistée, cures thermales.

Code régime CPAM HAUTE-SAONE 095
 Code n° mutuelle contrat 75500017 04

CARTE FAMILIALE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

Nom Prénom [REDACTED]
 Immatriculation [REDACTED]
 Date de naissance [REDACTED]
 Adresse [REDACTED]

Droits AME du 01/06/2015 au 31/05/2016

Prestations prises en charge: 100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale Forfait journalier en cas d'hospitalisation.
 Prestations non prises en charge pour les bénéficiaires AME malades: médicaments à 15%, actes et produits spécifiques à la procréation médicale assistée, cures thermales.

Code régime CPAM HAUTE-SAONE 095
 Code n° mutuelle contrat 75500017 04

Verso

TOUTE PERSONNE TROUVANT CETTE CARTE EST INVITEE A LA DEPOSER AUPRES D'UNE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE, VOUS POUVEZ JOINDRE UN TELECONSEILLER EN COMPOSANT LE 36 46 (PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE).

BENEFICIAIRES SUPPLEMENTAIRES

Noms et prénoms des Autres bénéficiaires	N°(s) de (s) (s)	Qualité	Droits AME Date début	Date fin
[REDACTED]	[REDACTED]	E	01/06/15	au 31/05/16
[REDACTED]	[REDACTED]	E	01/06/15	au 31/05/16
[REDACTED]	[REDACTED]	E	[REDACTED]	au 31/05/16

TOUTE PERSONNE TROUVANT CETTE CARTE EST INVITEE A LA DEPOSER AUPRES D'UNE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE. POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE, VOUS POUVEZ JOINDRE UN TELECONSEILLER EN COMPOSANT LE 36 46 (PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE).

Annexe 6 : Formulaire de demande d'affiliation à l'assurance maladie



N° 15763*02

Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

(Articles L.160-1, L.160-2, L.160-5, L.161-1, R.111-3 et D.160-2 du Code de la sécurité sociale et arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour)

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez travailler en France (*) ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.
- Afin de permettre d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie **lors de votre arrivée en France**, si vous n'êtes pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence accompagné des justificatifs demandés au verso. Si vous êtes un membre de la famille (conjoint, concubin, partenaire PACS...), et rejoignez ou accompagnez, pour vous installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, vous devez également compléter cet imprimé.
- Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie un formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence" ou un document équivalent pour les pays hors espace européen.

(*) Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

A Identification du demandeur

► **VOS NOM ET PRENOMS**
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)
 (Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

► Votre n° de sécurité sociale (si vous en avez un)

► Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez une) CAF de

► Votre date de naissance Commune et pays de naissance

► Votre nationalité française UE/EEE/Suisse (1) - cf. liste au verso autre

► Votre adresse
 Code Postal Commune

► Votre n° de téléphone Votre courriel

► Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile
(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée)
 Code Postal Commune

B Situation du demandeur au regard de l'emploi

► Activité professionnelle précisez laquelle :

► Sans activité

► Autre précisez : } date d'arrivée en France

C Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

- Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'organisme d'assurance maladie destinataire de la présente demande toute modification des informations du cadre A et à lui signaler tout transfert de ma résidence principale à l'étranger.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

Le

Signature

du demandeur

IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez vous reporter à la notice

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausses ou de fautes déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages induits (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations induites, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L.114-10-3 et L.161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

S 1106a

Pièces justificatives

Vous devez fournir :



N° 15763*02

<i>Pour justifier de votre identité si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un Etat de l'UE/EEE⁽¹⁾ ou de la Suisse</i>	► Une photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport.
<i>Pour justifier de votre identité et de la régularité de votre séjour si vous êtes ressortissant d'un Etat hors UE/EEE⁽¹⁾ et Suisse</i>	► Une photocopie de votre titre ou document de séjour en cours de validité, tel que carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, carte de résident, certificat de résidence de ressortissant algérien, visa de long séjour valant titre de séjour avec les pages du passeport comportant l'identité, attestation de demande d'asile, autorisation provisoire de séjour...
<i>Pour l'obtention de votre numéro de sécurité sociale si vous ne le connaissez pas et si vous êtes né à l'étranger ou à Wallis et Futuna</i>	► Une copie intégrale de votre acte de naissance ou un extrait de votre acte de naissance avec filiation ou une pièce équivalente établie par un consulat, si vous en disposez. (Ce document doit être authentifié, notamment par un cachet lisible.) Votre organisme d'assurance maladie vous indiquera s'il faut la faire traduire.
<i>Si vous exercez une activité professionnelle</i>	► Une photocopie de toute pièce justifiant de cette situation, par exemple votre contrat de travail ou un bulletin de paie.
<i>Pour justifier de la stabilité de votre résidence en France si vous êtes sans activité professionnelle :</i> 1) <i>Si vous êtes dans l'une des situations ci-dessous vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé sans délai :</i> - bénéficiaire de l'une des prestations ou allocations suivantes : allocations familiales, aides au logement, AAH, RSA, minimum vieillesse ASPA, ASI, aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens travailleurs migrants dans leur pays d'origine... - inscrit dans un établissement d'enseignement ou stagiaire dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, - de retour en France après un volontariat international à l'étranger, - membre de la famille rejoignant ou accompagnant, pour s'installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, - reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire - personne mineure enregistrée comme demandeur d'asile ou personne mineure à la charge d'un demandeur d'asile - jeune mineur ou de moins de 21 ans pris en charge par un établissement ou un service dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance ou de la Protection judiciaire de la jeunesse 2) <i>Si vous n'êtes pas dans l'une des situations ci-dessus, vous devez justifier de trois mois de résidence en France pour bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé</i>	► Toute pièce justificative de cette situation. ► Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois. - Par exemple : bail ou contrat de location, quittances de loyer successives, factures d'énergie, d'eau ou de téléphone fixe successives, facture d'hôtellerie des trois derniers mois, certificats de scolarité, attestation de demande d'asile datée de plus de trois mois... - Si vous êtes hébergé par un particulier : une attestation sur l'honneur, rédigée par cette personne, précisant la date depuis laquelle vous êtes hébergé, accompagnée de quittances de loyer ou de factures d'énergie successives établies à son nom pour les trois derniers mois. - Si vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un certificat d'hébergement pour les trois derniers mois établi par ce centre. - Si vous n'avez pas d'adresse personnelle et avez élu domicile auprès d'un organisme agréé, une attestation de domiciliation établie par cet organisme et couvrant plus de trois mois.
<i>Si vous avez des enfants mineurs à votre charge</i>	► Le formulaire S 3705 "Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés", complété par vos soins. Ce document est téléchargeable sur www.ameli.fr ou à demander à votre organisme d'assurance maladie. ► Si vous êtes demandeur d'asile, l'attestation de demande d'asile portant la mention des mineurs à votre charge.
<i>Pour le versement de vos prestations</i>	► Votre relevé d'identité bancaire (n° IBAN).

⁽¹⁾ Liste des pays de l'UE/EEE :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède.

S 1106a

Annexe 7 : Attestation de droits à l'assurance maladie



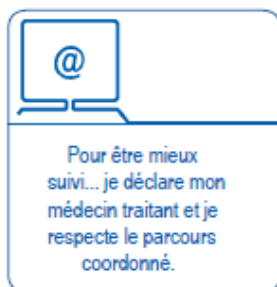
Numéro de l'assuré :

Nom de l'assuré :

3646 Service 0,06 € / min
+ prix appel

mon
parcours
d'assuré

Le 26/01/2018



> MON ATTESTATION DE DROITS À L'ASSURANCE MALADIE

Chère mademoiselle,

Vous êtes affiliée à un régime d'assurance maladie pour la protection de votre santé.

Pour faire valoir vos droits, vous trouverez ci-joint une attestation à présenter aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.) si vous ne disposez pas de la carte Vitale.

En cas de changement d'activité, de déménagement, de mariage ou de naissance, pensez à informer rapidement votre organisme d'assurance maladie et à mettre à jour votre carte Vitale. Vos droits seront ainsi actualisés.

Avec toute mon attention,

vos correspondants de l'Assurance Maladie

0641V24.00.01



La mise à jour de ma carte Vitale, c'est maintenant!

Des bornes de mise à jour sont à ma disposition dans toutes les caisses d'assurance maladie, les pharmacies et dans certains établissements de santé.



→ Votre attestation de droits à l'assurance maladie à présenter aux professionnels de santé

Numéro de l'assuré : 8 XX XXX XXX XXX XX XX

Nom de l'assuré : Mme X

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du XXXXX/XXXX au XXXXX/XXXX sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
	10	8 XX XXX XXX XXX XX XX	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	né(e) le/rang
a déclaré un médecin traitant			

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale.

Références bibliographiques

Aina S., Veisse A. (2007). Repère sur la santé des migrants. *La Santé de l'homme*, 392, 21-24.

Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. (2011). Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union européenne.

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-11-002-05_migrants_fr_webres_1.pdf, consulté le 22 mars 2020.

Agence Française de Presse. (2010). Une ONG suspend la domiciliation des demandeurs d'asile à Paris et Créteil.

<https://www.france-terre-asile.org/accueil/la-presse-en-parle/les-articles-de-presse/une-ong-suspend-la-domiciliation-des-demandeurs-dasile-a-paris-et-creteil>, consulté le 19 mars 2020.

Alfred S. (2017). Précarité, pauvreté et santé. *Rapport de l'Académie Nationale de Médecine*.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Precarite-pauvrete-et-sante-version-21-juin-2017-apres-vote.pdf>, consulté le 10 décembre 2019.

AMELI. En situation irrégulière – AME.

<https://www.ameli.fr/assure/droitsdemarches/situationsparticulieres/situation-irreguliere-ame>, consulté le 18 mars 2020.

AMELI. Entrée en vigueur de la Complémentaire santé solidaire.

<https://www.ameli.fr/assure/actualites/entree-en-vigueur-de-la-complementaire-sante-solidaire>, consulté le 20 mars 2020.

AMELI. Pfidass. <https://travailleurs-sociaux-cpam75.fr/wp-content/uploads/2019/02/MOP-PFIDASS-d%C3%A9c-2018.pdf>, consulté le 8 mai 2020.

AMELI. Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire et comment ?

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>, consulté le 18 avril 2020.

Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France. (2019). Contribution « Ma Santé 2022 ».

https://www.profession-pharmacien.fr/files/Contribution_ma_sante_2022_janvier_2019_Anepf.pdf, consulté le 10 avril 2020.

Antoine D., Belghiti F. Guthmann J-P., et al. (2014). Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°20.

Arnaud A., Caum C., de Watrigant T., et al. (2014). Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. *Rapport d'enquête de l'ENFAMS*.

Berchet C., Jusot F. (2010). L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France : une analyse selon le genre et l'origine. *Revue économique*, vol. 61, n°6, p. 1075-1098.

Blanpain N. (2016). L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. *Direction des statistiques démographiques et sociale*, n°F1602.

Boisguerin B. (2004). Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat63.pdf>, consulté le 18 avril 2020.

Bozorgmehr K., Jahn R. (2019). Adverse health effects of restrictive migration policies: building the evidence base to change practice. *The Lancet*, vol. 7.

Chareyron S., L'Horty Y., Petit P. (2019). Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. *Laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la-Vallée et Paris-Est Créteil*.

COMEDE. (2015). Soins et accompagnement. *Guide pratique pour les professionnels*, édition 2015. http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf, consulté le 3 septembre 2019.

Comité de la Sécurité Alimentaire Mondiale. (2012). S'entendre sur la terminologie. <http://www.fao.org/3/MD776F/MD776F.pdf>, consulté le 23 mars 2020.

Conseil d'État. (2018). Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000812112>, consulté le 7 mars 2020

Conseil constitutionnel. Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1993/93325DC.htm>, consulté le 3 novembre 2019.

Conseil National de Lutte contre l'Exclusion. (2019). De 1893 à 1999 : De l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'Etat (AME) en passant par l'Aide médicale départementale (AMD). <https://www.cnle.gouv.fr/de-1893-a-1999-de-l-assistance.html>, consulté le 18 mars 2020.

Conseil national de l'Ordre des médecins. (2018). Évaluation des pratiques de refus de soins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/evaluation-pratiques-refus-soins>, consulté le 25 avril 2020.

Cornu Pauchet M. (2018). Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. N°53, 43-56. <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-43.htm>, consulté le 7 mars 2020.

Deneux-Tharaux C., Philipibert M., Bouvier-Colle M-H. (2009). Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°9.

Desgrees du Lou A., Pannetier J., Ravavalihasy A., et al. (2015). Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Etude ARNS-Parcours. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°40-41.

Desprès C. (2010). La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. Vol. 41, 33-43.

Desprès C., Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-04-03_Synthese_Analyse_m%C3%A9decins_pr%C3%A9carit%C3%A9.pdf, consulté le 18 avril 2020

Durand A. (2019). Combien y a-t-il d'immigrants et de demandeurs d'asile en France et en Europe ? https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/03/20/combien-y-a-t-il-d-immigrants-et-de-demandeurs-d-asile-en-france-et-en-europe_5438852_4355770.html, consulté le 21 octobre 2019.

El-Khoury F., Sutter-Dallay A-L., Panico L., et al. (2018). Women's mental health in the perinatal period according to migrant status: the French representative ELFE birth cohort. *European Journal of Public Health*, vol. 28, 458-463.

European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). Cost of exclusion from healthcare : The case of migrant in an irregular situation. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf, consulté le 29 avril 20

Fazel S., Geddes JR., Kushel M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 384, 40-57.

Forum Réfugiés. Kit participant – Parcours ludique. https://www.forumrefugies.org/images/s-informer/ressources/outils-de-sensibilisation/Jeu_dans-les-pas-d-un-refugie/02_Forum_refugies-Cosi_Jeu-Dans-les-pas-d-un-refugie_Kit-participant-A5.pdf, consulté le 17 octobre 2019.

Fosse-Edorh S., Fagot-Campagna A., Detournay B., et al. (2014). Type 2 diabetes prevalence, health status and quality of care among the North African immigrant population living in France.

Grawitz M. (1991). Lexique des sciences sociales. *Dalloz*.

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2014). Les droits économiques, sociaux et culturels des migrants en situation irrégulière. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-1_fr.pdf, consulté le 20 mars 2020.

Huame H., Kellou N., Chappuis M. *et al.* (2017). Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°19-20.

IGAS et IGF. (2019). L'aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions. <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>, consulté le 24 avril 2020.

IGAS et IGF (2010). Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000685.pdf>, consulté le 24 avril 2020.

IRDES. (2020). La santé en France : éléments de bibliographie. *La santé en France*. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-en-france-elements-de-bibliographie.pdf>, consulté le 22 mars 2020.

Izambert C. Soigner les étrangers ? L'Etat et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours. Th D Histoire et civilisations, Paris Sciences et Lettres, 2018.

Jusot F., Silva J., Dourgno P., Sermet C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Revue économique*, vol 60, 385-411.

Kushel MB., Vittinghoff E., Haas JS. (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA*, 285(2), 6-15.

Le Défenseur des droits. (2019). Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf, consulté le 14 avril 2020.

Le Défenseur des droits. (2016). Les droits fondamentaux des étrangers en France. 39-76. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf, consulté le 22 mars 2020.

Legifrance. (1946). Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>, consulté le 2 novembre 2019.

Makooi B. (2019). En France, les migrants et immigrés sont surexposés au diabète. *Infomigrants*. <https://www.infomigrants.net/fr/post/17104/en-france-les-migrants-et-immigres-sont-surexposes-au-diabete>, consulté le 17 avril 2020.

Matz Flye Sainte Marie C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. Sciences du Vivant. Université de Lorraine, 2011.

Melchior M. (2019). La migration a des répercussions psychologiques sur plusieurs générations. <http://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-003/>, consulté le 22 avril 2020.

Médecins du Monde. (2017). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, consulté le 3 septembre 2019.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2019). Usagers, vos droits : Charte de la personne hospitalisée. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf, consulté le 9 mars 2020.

Ministère de la Santé et de la Solidarité. (2016). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Études et Résultats. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-effets-de-la-couverture-maladie-universelle-complementaire-sur-le-recours>, consulté le 24 avril 2020.

Ministère chargé de la santé. (2018). Les chiffres clés de l'offre de soins. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf, consulté le 21 avril 2020.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf, consulté le 7 mars 2020.

Ministère de la Santé. (2019). 3037 euros de dépense de santé par habitant en 2018. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiques-de-presse/article/3-037-euros-de-depense-de-sante-par-habitant-en-2018>, consulté le 3 mai 2020.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2019). Ma santé 2022, un engagement collectif. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf, consulté le 23 avril 2020.

Nations Unies. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>, consulté le 15 octobre 2019.

Nations Unies. (2006). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 45^{ème} édition. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf, consulté le 17 octobre 2019.

Nations Unies. (2019). Œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé : Demandes clés du Mouvement pour la CSU.

https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/HLM_UHC_Key_Ask_French_Translation.pdf, consulté le 19 avril 2020.

Nations Unies. (2019). Objectifs de développement durable.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>, consulté le 19 avril 2020.

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/215259/Health2020-Short-Fre.pdf?ua=1 consulté le 2 novembre 2019.

Nations Unies. (2016). Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

<https://ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19934&LangID=F>, consulté le 20 février 2020.

Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2018). A l'écoute du monde. *Rapport d'activité 2018*.

https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ofpra_ra_2018_web_pages_hd.pdf, consulté le 23 mars 2020.

Organisation Mondiale de la Santé. L'état de santé du monde: nouvelle étude sur la charge mondiale de morbidité. <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/fr/> consulté le 4 octobre 2019.

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=70AE0339357C27B55FB0E74BEE525F79?sequence=1, consulté le 13 mars 2020.

Pannetier J. (2019). Avoir une maladie chronique n'est pas la cause première de de l'anxiété et la dépression chez les immigré-e-s d'Afrique subsaharienne.

<https://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-004/>, consulté le 22 avril 2020.

Perret G., Vandentorren S., Chauvin P., et al. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°17-18. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_4.html, consulté le 15 février 2020.

Petit V., Wang S., Éditorial : La santé mentale en migrations internationales. *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34(2), 7-20.

Polton D. (2016). Égalité femmes – hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regards*, n°50, 35-45.

- Psychomédia. (2015). Etat de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5). <http://www.psychomedica.gc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>, consulté le 22 mars 2020.
- Rescan M., Pascual J. (2019). Le gouvernement s'attaque à la couverture maladie des demandeurs d'asile. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/politique/article/2019/11/05/immigration-le-gouvernement-s-attaque-a-la-couverture-maladie-des-demandeurs-d-asile_6018070_823448.html, consulté le 2 mai 2020.
- Rey-Lefebvre I. (2018). Le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME : la mention devra disparaître des sites. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/12/17/cmu-ame-les-sites-de-prise-de-rendez-vous-medicaux-doivent-retirer-toute-mention-de-refus-de-soins_5398910_3224.html, consulté le 20 mars 2020.
- Rey-Lefebvre I. (2019). L'œil sévère d'une rapporteuse de l'ONU sur le droit au logement en France. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/04/12/l-il-severe-d-une-rapporteuse-de-l-onu-sur-le-droit-au-logement-en-france_5449219_3224.html, consulté le 24 mars 2020.
- Saglio-Yatzimirsky, M., Wolmark, L. (2018). Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34(2), 21-27.
- Saglio-Yatzimirsky M-C. (2019). Faire surgir la parole des exilés confrontés à des violences extrêmes. *Institut Convergences Migrations*. <http://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-001>, consulté le 23 mars 2020.
- SamuSocial de Paris. (2014). Réformer l'hébergement d'urgence des familles. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/communiqu%C3%A9_de_presse_samusocial.pdf, consulté le 23 mars 2020.
- Spira A. (2017). Précarité, pauvreté et santé. *Rapport de l'Académie nationale de médecine*. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Precarite-pauvrete-et-sante-version-21-juin-2017-apres-vote.pdf>, consulté le 27 mars 2020.
- Unafo, Odti. (2016). La protection sociale des étrangers en France. https://www.gisti.org/IMG/pdf/unafo-analyse_juridique_protection-toweb.pdf, consulté le 20 mars 2020.
- UNHCR. Statut du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés : résolution n°428 de l'Assemblée générale du 14 décembre 1950. <https://www.unhcr.org/fr/excom/unhcrannual/4b30a20932/rapport-haut-commissaire-nations-unies-refugies-1953.html>, consulté le 15 octobre 2019.
- United Nations. (2012). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. <https://undocs.org/A/HRC/23/41/Add.3>, consulté le 20 avril 2020.
- Veisse A., Wolmark L., Revault P. (2012). Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20.
- World Health Organization. (2004). The global burden of disease. *Health statistics and information systems*. 40-49.

World Health Organization. (2020). Tuberculosis. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/tuberculosis>, consulté le 27 mars 2020.

World Health Organization (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311348/9789289053785-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 23 avril 2020.

Wresinski J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel de la République française*, 6, 14-15.

Iribarnegaray S. Saglio-Yatzimirsky M-C. (2019). Les troubles psychiques des migrants niés par nos institutions publiques. *Centre primo levi*. <https://www.primolevi.org/actualites/les-troubles-psychiques-des-migrants-nies-par-nos-institutions-publiques.html>, consulté le 19 mars 2020.

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



LUGAND-LOPEZ Manon

La place du pharmacien dans l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de grande précarité

Th. D. Pharm., Rouen, 2020, 180 p.

RESUME

Au cours de leur parcours de soins en France, les migrants en situation de grande précarité vont rencontrer plusieurs obstacles d'accès aux soins. Parmi ces obstacles, on retrouve la barrière de la langue et la barrière culturelle qui vont venir entraver la relation soignant-soigné. A cela s'ajoute la méconnaissance des droits en santé des migrants ainsi que la complexité des démarches administratives tant pour les migrants eux-mêmes que pour les professionnels de santé. Les obstacles d'accès aux soins ainsi que l'exclusion, la précarité sociale, économique ainsi que la précarité administrative dans lesquelles se trouvent les migrants aggravent leur état de santé. La survenue et la sévérité de la maladie sont favorisées par ces multiples facteurs de vulnérabilité, au sein du pays d'origine des migrants, durant leur parcours d'exil et dans leur pays d'accueil. Tous ces phénomènes sont à l'origine d'une dégradation de l'état de santé des migrants après leur arrivée dans le pays d'accueil. L'accès aux soins pour ce public représente donc un défi majeur à relever pour l'ensemble du système de santé et nécessite de penser un nouveau modèle de système de soins basé sur la coopération et la coordination entre acteurs, la formation des professionnels de santé, l'émergence de nouveaux métiers et du numérique ainsi que sur l'accès aux soins pour toutes et pour tous. Le rôle du pharmacien apparaît comme essentiel dans l'accès aux soins pour toutes et pour tous, c'est un acteur de santé de première ligne qui favorise les services de proximité en matière de santé et, en conséquence, l'accès aux soins.

MOTS CLES : Accès aux soins – Migrants – Aide médicale d'État – Protection Universelle Maladie – Précarité – Demandeurs d'asile – Droits à la santé – Santé publique – Pharmacien.

JURY

Présidente du jury : Mme CONCE-CHEMTOB, Marie-Catherine, Maître de conférences HDR Législation pharmaceutique.

Membres du jury : Mme GUERARD-DETUNCO, Cécile, Docteur en pharmacie, Professeur associé M. GARGALA, Gilles, Maître de conférences-Praticien Hospitalier, Mme PRIETO, Agathe, Pharmacienne d'officine et Mme FALQUY, Oriane, Pharmacienne humanitaire.

DATE DE SOUTENANCE : 29 mai 2020